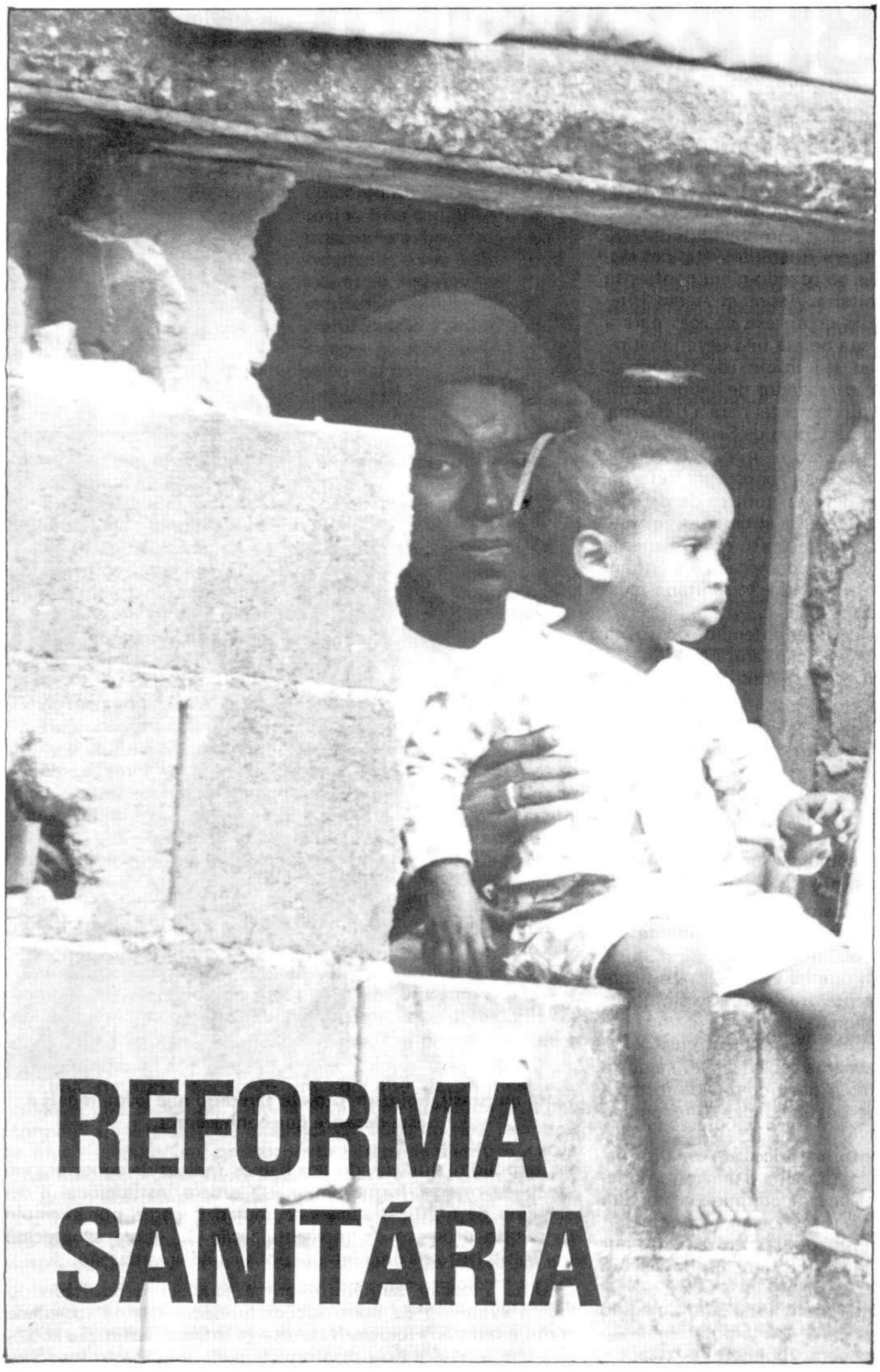
FIOCRUZ

TEMA 11

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

ANO VI • NOVEMBRO • 1988



REFORMA SANITÁRIA

Nesta edição a TEMA analisa uma das questões mais debatidas e comentadas não apenas por profissionais que lidam com a saúde como também por diferentes segmentos da sociedade civil: a Reforma Sanitária. Projeto que representa, segundo Sergio Arouca, Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, "a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso" e que aponta para "uma viabilidade técnica e política de se enfrentar o problema", a Reforma cresceu de importância este ano com a aprovação do novo texto constitucional.

Esta TEMA traça um painel relativo ao processo de implantação da Reforma Sanitária no Brasil em seu diferentes aspectos, incluindo a sua história-através do resgate do que foi e é o movimento sanitário —, a participação popular em seu desenvolvimento, o papel da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e da própria Constituinte na formulação deste projeto, a importância da implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) neste quadro e as alternativas de financiamento para que esse projeto saia do papel e se transforme em realidade no dia-a-dia de cada cidadão.

Antes de esgotar o assunto, porém, esta edição busca descortinar problemas, resistências e obstáculos, apontando saídas e soluções que façam caminhar o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Lendo esta TEMA, você poderá entender melhor o que vem a ser a Reforma. Mais que isso, ela busca fornecer instrumentos para que você passe a interferir diretamente no seu processo de implantação.

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Sérgio Arouca

A Proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.

Durante os anos mais recentes, em diferentes ocasiões discutiu-se o programa em execução colocando-o em confronto com a Proposta da Reforma Sanitária. Assim as Ações Integradas de Saúde eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma mas a sua defesa não deveria representar nenhum empecilho para o seu início (da Reforma).

Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) são considerados como um passo fundamental para a Reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde. Ambas, porem, não devem ser confundidos com a própria Reforma.

Fica, assim, uma pergunta: o que é a Proposta da Reforma Sanitária Brasileira? Esta resposta deve ser motivo de debates mais sistematizados, principalmente neste momento em que temos aprovada a Constituição, com um texto extremamente progressista na área de saúde, e quando começamos a enfrentar os debates tanto sobre uma nova legislação sanitária federal quanto sobre as Constituintes Estaduais.

A Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária.

Compõe uma situação sanitária pelo menos quatro dimensões:

1ª) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como coeficiente de mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.

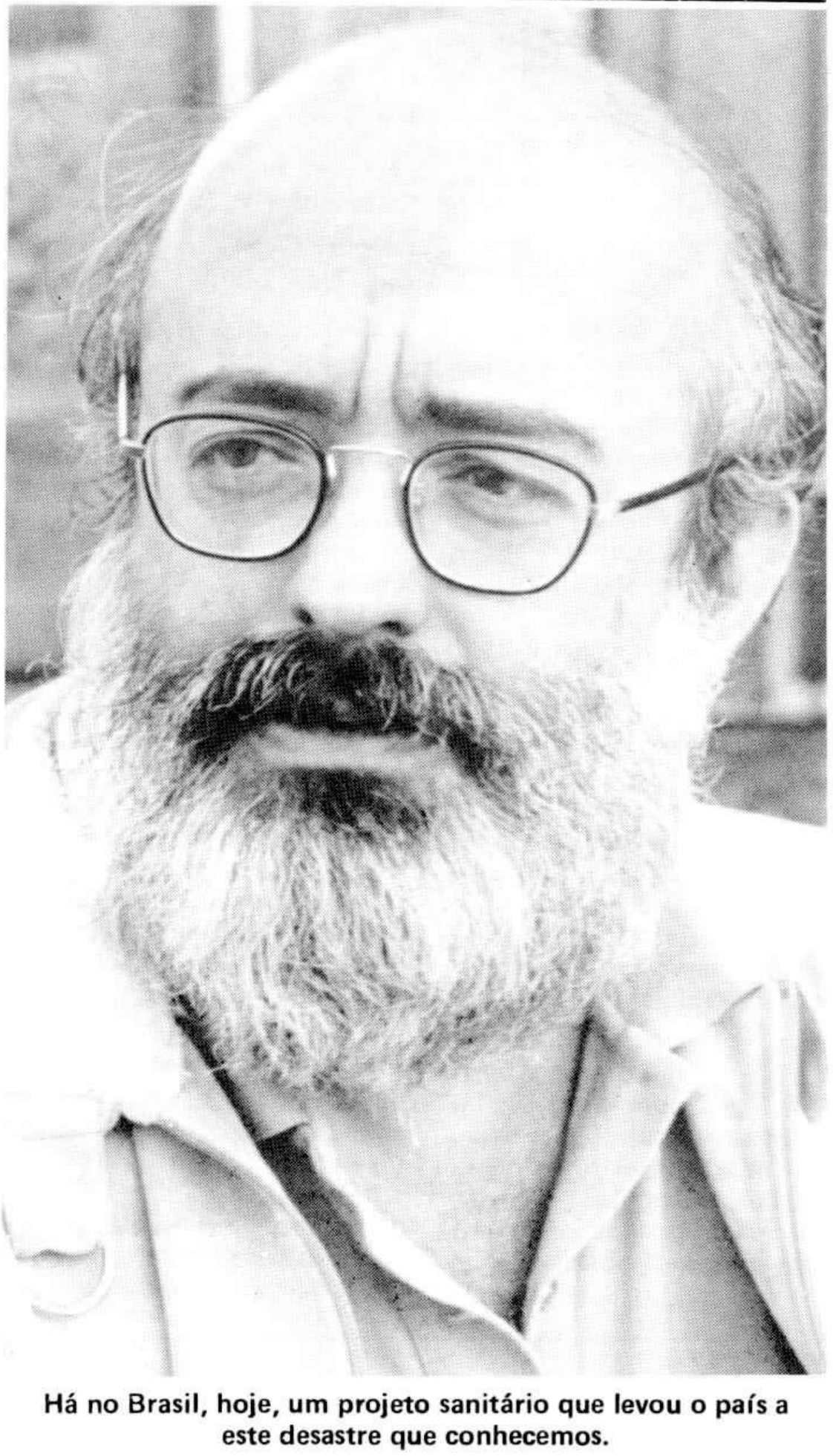
2ª) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde.

3ª) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.

4ª) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença.

Portanto, em um dado momento histórico, em uma formação social, a sua situação sanitária representa a dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, determinada por um conjunto de relações com outros setores sociais (econômicos, políticos, ideológicos), cujas necessidades são enfrentadas por um campo agregado de instituições, que tem disponível um certo saber e uma dada tecnologia.

Ao assumir uma situação sanitária em toda sua dimensão complexa, fica claro que os problemas que enfrentamos são resultados de situações anteriores como por exemplo, seqüelas de poliomielite devido aos baixos índices de cobertura vacinal; da mesma forma uma certa ordem institucional é decorrente de políticas sociais acumuladas, como por exemplo o intenso processo de mercantilização da saúde acontecido no Brasil, fruto de uma intensa política de privatização.



Há no Brasil, hoje, um projeto sanitário que levou o país a este desastre que conhecemos.

Uma situação sanitária exprime também o resultado do desenvolvimento de contradições fundamentais na sociedade como a questão Homem/Natureza (a intensa destruição ecológica que acontece hoje no Brasil terá efeitos desastrosos sobre

nosso futuro sanitário), a relação Capital/Trabalho (durante o período do milagre econômico, a política de achatamento salarial teve como conseqüência o aumento da mortalidade infantil), as relações da hegemonia de classe, as relações internacionais de autonomia-dependência (sem sombra de dúvidas a dívida externa é um dos fatores mais sérios no agravamento do quadro sanitário dos países devedores) e finalmente, como questão definitiva, a questão da Paz, sem a qual não haverá a possibilidade de futuro.

Uma situação sanitária apresenta-se do ponto de vista conceitual como uma totalidade, que envolve sujeitos, interesses, campos de luta, políticas de dominação econômica, de realização de valores e, portanto, de acumulação de capital, com expressões simbólicas, e com a sustentação dos valores que garantam uma certa ordem ou com a construção de projetos alternativos de mudança.

"A Reforma Sanitária é parte do conjunto de uma mudança social. Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se firmar como uma nação de cidadãos ..."

Existem, hoje, aqueles que defendem a manutenção da atual situação sanitária porque expressam os interesses da mercantilização da saúde, da dominação tecnológica, do clientelismo político, da comercialização inescrupulosa dos medicamentos, da indústria lucrativa dos equipamentos desnecessários.

Enfim, são os defensores da ordem sanitária que perpetua a desumanização, a incompetência, a destruição da natureza, a descaracterização das profissões, a destruição do pensamento crítico e fazem tudo isto em nome da livre-escolha, da liberdade de mercado, etc.

Hoje existe implantado no Brasil um projeto sanitário que levou o país a este desatre que conhecemos.

Nos últimos anos, a luta ideológica que vários setores da sociedade travaram para a mudança desse drama aumentou em muito a nossa consciência sanitária (entendida como o conhecimento dos problemas de saúde, suas causas e as lutas por sua transformação) e permitiu a criação de propostas de mudança desse panorama.

Momento privilegiado desta luta foi a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que reunindo os mais diferentes setores da sociedade brasileira (setores federais, estaduais, municipais, centrais de trabalhadores, associação de mulheres, índios, hemofílicos, partidos políticos etc.) em um amplo processo de debate, conseguiu formular um projeto de transformação da situação sanitária brasileira, ou seja, um projeto de Reforma Sanitária.

Uma Reforma, enquanto um conjunto de políticas articuladas, que incidindo sobre a atual situação sanitária, transforme o atual quadro da dinâmica da saúde/doença, levando-a a níveis compatíveis com o nosso desenvolvimento e a atual possibilidade técnica-científica.

Esta transformação é possível a partir de uma consciência sanitária ampliada de setores sociais interessados que, juntando força política, materializam políticas de transformação institucional, garantidas por processos de participação popular e também participam de lutas políticas para ampliar transformações em outros setores sociais, que por sua vez determinam novas condições sanitárias (salário, habitação, saneamento, terra, alimentação, educação, transporte, lazer, meio ambiente).

A Reforma Sanitária deve ser entendida em dois sentidos. O primeiro, enquanto objeto específico, ou seja, no campo das instituições, do aparelho de Estado e do setor privado, da produção de mercadorias e equipamentos na área da saúde, na formação de recursos humanos para a área.

O segundo sentido, assumindo-se o conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e portanto relacionado à condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade.

Assim a Reforma Sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças.

1ª Questão – A Estrutura do Sistema Único de Saúde

O texto aprovado para a saúde na Constituição define as bases fundamentais para a organização de um novo Sistema de Saúde ao defini-lo como Único, estabelecendo o princípio do direito do cidadão e dever do Estado, as suas diretrizes como a universalidade, a eqüidade, a integralidade, e bases para seu funcionamento com a descentralização, o comando único, o contrato público, etc.

Tais decisões da Assembléia Constituinte devem agora materializar-se em leis e em uma nova estrutura do Sistema de Saúde.

A questão que se coloca é qual o desenho do novo sistema e qual a sua estrutura organizacional. Tal ordem de problemas apontam desde o debate sobre a criação de um novo Ministério da Saúde que incorpore as atribuições do Inamps, as funções de saúde do trabalhador, saneamento básico e controle do meio ambiente ou a criação de um Ministério da Seguridade que incorpore a Saúde. Esta discussão deve orientar para a criação da estrutura federal do novo sistema. O mesmo debate desloca-se para as Constituições estaduais e a elaboração das leis orgânicas dos municípios, que deverão ser acompanhadas por propostas de Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde que substituirão as velhas Secretarias Estaduais, Escritórios e Delegacias de Saúde.

"Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) são um passo fundamental para a Reforma Sanitária Brasileira, assim como a criação do Sistema Único de Saúde. Ambos, porém, não devem ser confundidos com a própria Reforma".

Enfim, a estrutura do Sistema Único de Saúde completa-se com a definição de seus mecanismos de financiamento e com uma nova lei do Sistema.

É para este campo que as lutas políticas deslocam-se neste momento ao terminar o trabalho constituinte e onde as vitórias conseguidas deverão ser defendidas pelo movimento sanitário.

As recentes conquistas a nível da nova Constituição, ao criar o Sistema Único de Saúde sob as diretrizes da universalidade, da eqüidade da atenção, da participação popular e de um comando único, são propostas básicas para uma profunda reforma no campo institucional de saúde e que devem ser consolidadas, a partir da lei que regerá o novo sistema de saúde.

Tendo em conta este marco referencial para a Reforma Sanitária Brasileira e os avanços já obtidos, algumas questões devem ser colocadas em discussão pelo movimento sanitário bra-

sileiro, no sentido de aprofundar as bases do novo projeto.

2ª Questão – O Controle Social

Sendo o campo da saúde um espaço privilegiado de lutas políticas-ideológicas, o crescimento de uma consciência sanitária digna impregnada nas instituições é fundamental para a implantação da Reforma Sanitária.

Assim, o papel da sociedade organizada em partidos políticos, sindicatos, associações de moradores, entidades profissionais, ou seja, no campo dos cidadãos, seja como trabalhador, morador, consumidor ou político, passa a ser o campo de forças fundamental nesta luta, sendo necessário incorporar a função da saúde como projeto de luta específica.

Em muitas discussões a solução dos problemas de saúde passa por uma definição do seu caráter público. No entanto, sendo "direito do cidadão e dever do Estado", ao caráter público deve ser acrescido o de ser passível de controle pelo povo organizado em suas diferentes dimensões.

A equação desta situação parece ser a de que os serviços são públicos e geridos democraticamente e controlado socialmente pela população organizada.

O que se necessita são partidos com projetos claros e definidos para o setor, políticas comprometidas com o projeto e com a participação, vigilância e luta permanente das associações representativas da sociedade civil pelos seus interesses.

3ª Questão – A Produção

Outro aspecto é a questão industrial em relação à Reforma Sanitária. Tanto relativa à saúde dos que ali trabalham, o ambiente de trabalho ou à poluição causada pela empresa, quanto aos produtos que o setor industrial lança no mercado pra consumo humano. Esse é um campo privilegiado e contraditório de luta da Reforma Sanitária. Talvez um dos campos mais difíceis porque enfrenta diariamente as questões de acumulação do capital e as contradições entre capital e trabalho.

O novo texto da Constituinte abriu as portas das fábricas às ações de saúde; agora não somente a engenharia de segurança mas também os programas de saúde podem atingir a produção.

4ª Questão – A Modernidade

Modernidade aqui não é utilizada como uma simples modernização reflexa baseada em modelos de desenvolvimento de países mais avançados, nem uma pura e simples introdução de algum novo artefato tecnológico.

A questão da modernidade dentro da proposta de Reforma Sanitária, como proposta de mudança, enfrenta problemas estruturais como o fisiologismo político usando os serviços de saúde como base de clientelismo, como decorrência da incompetência o pacto perverso do baixo salário / não trabalho, o baixo nível de investimento no setor que se traduz em instalações não adequadas, bibliotecas não atualizadas, incorporação tecnológica do mais baixo nível e setores de epidemiologia que não ingressaram ainda na era das máquinas de calcular.

Esta situação expressa por um setor de baixa remuneração, baixo nível de investimento, pouca exigência de eficiência e algumas ilhas de competência, confere ao setor saúde um traço cultural do atraso.

A questão da modernidade refere-se, dentro da proposta de Reforma Sanitária, a uma utilização conseqüente com a tecnologia disponível e o quadro sanitário nacional.

Estímulos de modernização podem ser ingresso por concurso público, Plano de Cargos e Salários com promoção por competência, programas de capacitação permanente, políticas coerentes de incorporação tecnológica, informatização e introdução de mecanismos de avaliação e pesquisa operacional, articulação permanente de serviços-pesquisa e, finalmente, uma política permanente de manutenção de equipamentos, de modernização e de desenvolvimento de tecnologias.

A Reforma Sanitária deve ter como meta desenvolver uma inteligência e competência nacionais no setor saúde, baseada nas nossas necessidades mas profundamente articulada com o melhor que esteja sendo desenvolvido mundialmente.

5ª – Questão – Ciência e Tecnologia

Outro aspecto fundamental no campo da Reforma Sanitária é referente à questão da ciência e tecnologia. A ciência enquanto uma produção do saber, que tem a ver com a solução de problemas de uma sociedade e da própria humanidade, tem de ser entendida em toda a sua dimensão: desde a necessidade de uma pesquisa básica, fundamental, onde as questões das leis da biologia, do desenvolvimento humano, das relações sociais, são estabelecidos sem nenhuma forma de controle, até o comportamento de uma consciência social nessa pesquisa, que enfrenta as necessidades não resolvidas da população. E como este conhecimento se transforma em tecnologia para que seja oferecida aos instrumentos concretos de transformação da sociedade? Como ter uma ciência autônoma, independente, ligada aos problemas nacionais e, ao mesmo tempo, fundamentada na tecnologia mais avançada e que produza o desenvolvimento dessa mesma nação?

Como decorrência da própria questão do desenvolvimento científico e tecnológico, tem que ser repensada a questão da universidade. Repensar como ganhar uma potência de investigação, recuperar a pesquisa básica, se integrar às questões nacionais, ganhar autonomia, sair da fase do depauperismo financeiro, relacionar-se com outras entidades da sociedade científica e, simultaneamente, rever o conjunto das suas ações, que foram planejadamente desintegradas da questão nacional.

A necessidade de reformar currículos, colocando-os em contato com o novo sistema, a difusão de novos perfis profissionais, a atualização dos programas de integração docente-assistencial, como forma de integrar universidade e serviços, são componentes desta Reforma Universitária no campo da Reforma Sanitária.

Várias outras questões da maior importância surgem para completar o campo de uma verdadeira Reforma Sanitária, como a transformação das relações sociais no interior do sistema de saúde, política de insumos básicos, desenvolvimento tecnológico, de incorporação de questões de saneamento e controle do meio ambiente, o desenvolvimento de uma fiscalização sanitária moderna e democrática, o campo da legislação sanitária, a comunicação social como área de incremento da consciência sanitária, novas formas de gestão dos homens e das coisas, programas integrados sobre determinantes de risco, o desenvolvimento de um Sistema de informação compatível com a nova estrutura, etc.

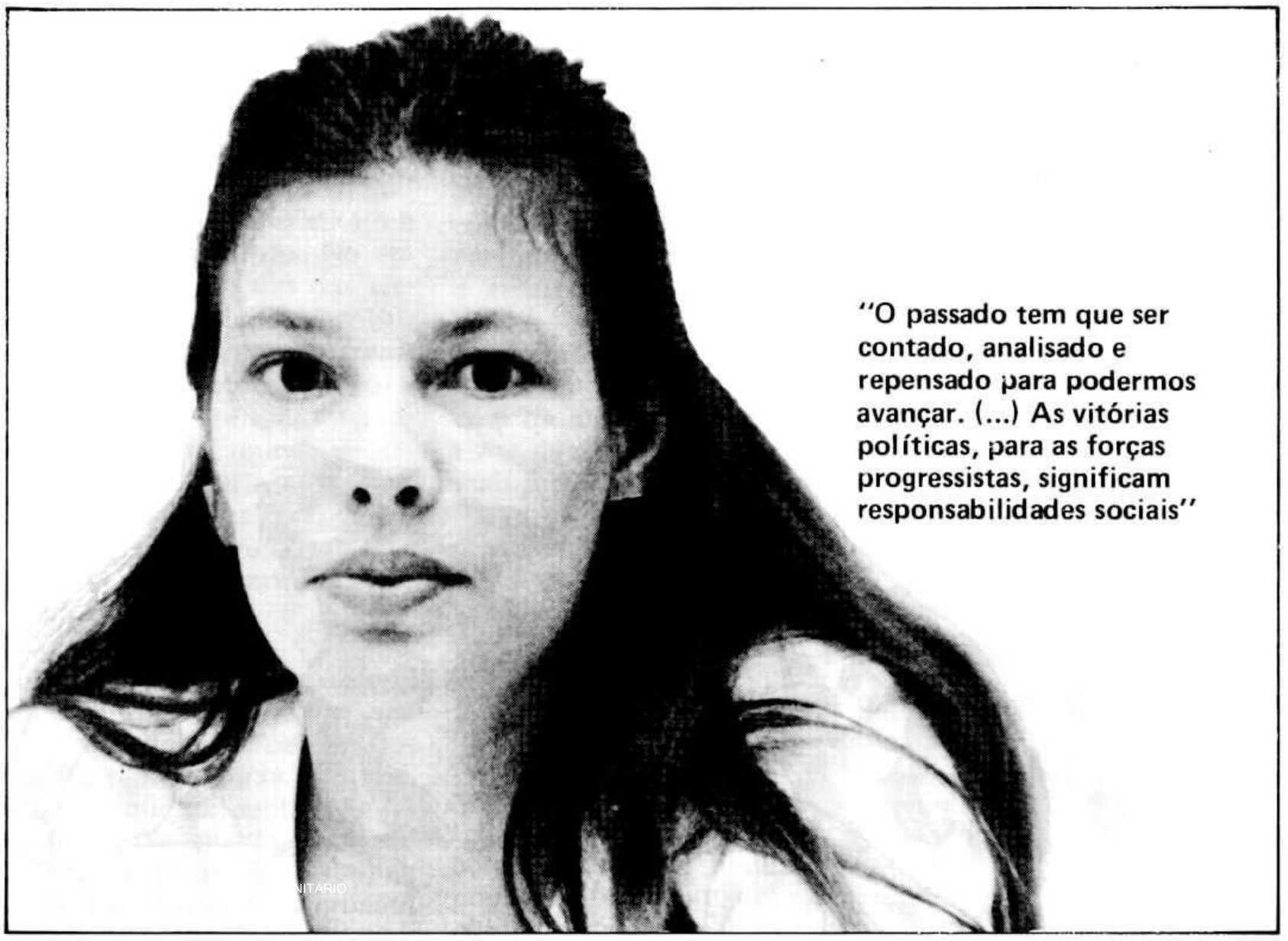
Finalmente, devemos considerar que se saúde equivale a condições de vida e, portanto, tem a ver com moradia, condições de trabalho, salário, dignidade, cidadania, direito ao lazer, à propriedade da terra, direito ao meio ambiente não agressivo, à água, ao ar, à liberdade de expressão, temos que considerar que a Reforma Sanitária é parte do conjunto de uma mudança social. Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se afirmar como uma nação de cidadãos, participando de uma elevação permanente da qualidade de vida e garantindo, para a humanidade, um exercício de respeito, de autonomia e desenvolvimento de cada nação, com paz.

Esta é a Reforma Sanitária que nós pretendemos, específica no campo da saúde, humana e universal no campo da transformação social.

Sérgio Arouca é médico sanitarista e Presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

REVIRADA NA SAÚDE

SARAH ESCOREL



"O passado tem que ser contado, analisado e repensado para podermos avançar. (...) As vitórias políticas, para as forças progressistas, significam responsabilidades sociais"

Chamamos de movimento sanitário a um conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados ao redor de um projeto. Esse conjunto organizado vem evoluindo do que foi a sua origem intelectuais nas Universidades no período mais negro do autoritarismo — até os dias de hoje, quando o movimento sanitário se "corporifica" na Plenária de Entidades pela Saúde na Constituinte. O que foi aprovado no segundo e definitivo turno da Constituinte como o capítulo da Seguridade Social da nova Constituição é o coroamento de uma luta do movimento sanitário. E se é certo que a luta mal se inicia, o importante é que ela se reinicia a partir do pressuposto de que **Saúde é um direito de todos e um dever do Estado.**

O que aparece hoje nas propagandas governamentais e a muitos pode parecer "óbvio" faz parte do que consideramos uma **reviravolta na saúde** (1) na medida em que transformou em "lugar comum" um direito fundamental do ser humano enquanto um princípio norteador da ação governamental, o que durante muitos anos foi considerado subversivo e impossível, sonho de poetas e comunistas.

Estudar e refletir sobre o movimento sanitário significa conhecer a evolução histórica das três práticas que o caracterizam: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais). (2)

Se toda história tem um início, o movimento sanitário enquanto tal teria seu "começo" visível com a criação do Cebes — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em novembro de 1976. No entanto, quando o Cebes surge em São Paulo, a partir de uma articulação de intelectuais universitários de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, já significa dar concretude organizacional a um conjunto de idéias que vinham sendo trabalhadas teoricamente durante a primeira parte da década de 70. Esse conjunto de idéias, como bem sintetiza Sônia Fleury, está expresso na adoção do conceito de **saúde coletiva** que é uma área de conhecimento delimitada pela especificidade do seu objeto — o coletivo, e pela metodologia adotada na produção de conhecimentos acerca do mesmo objeto — o método histórico estrutural.

O movimento sanitário, então, tem suas origens nos Departamentos de Medicina Preventiva e outros departamentos universitários onde, num processo de crítica ao discurso preventivista, foi construída uma nova abordagem da problemática de saúde, o pensamento médico-social. Essa abordagem passou a ser um ponto de aglutinação, um código de identidade, um discurso que permitia o reconhecimento de um projeto comum.

Quando o Cebes é criado, passa a existir uma entidade da sociedade civil que se encarrega de divulgar esse pensamento e as propostas elaboradas, assim como passa a ser um elemento aglutinador desse conjunto de pessoas e grupos com abordagem similar, crítica e materialista, sobre os problemas de saúde.

Esse primeiro período de desenvolvimento do movimento sanitário (1976-1979) foi caracterizado pela criação do Cebes, pelas lutas sindicais das entidades médicas, por uma ampla e intensa produção intelectual nos meios acadêmicos, o que consolidou o campo da saúde coletiva no âmbito da saúde pública e pelas primeiras experiências concretas alternativas ao modelo dominante de organização do sistema de saúde.

Ao fim desse primeiro momento, o movimento já havia crescido. Os intelectuais, professores e pesquisadores passaram, através do Cebes a relacionar-se com outros movimentos: além do movimento estudantil que é do próprio âmbito universitário, também com os movimentos corporativos, com os demais movimentos sindicais, com o movimento popular e num momento seguinte, como segmentos da burocracia governamental setorial.

Em 1979 inicia-se uma segunda fase para o movimento sanitário cujo marco foi a realização do I Simpósio sobre

MOVIMENTO SANITÁRIO

Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. As eleições de 1978 levaram para Brasília um conjunto de Deputados (vinculados ou simpatizantes) da corrente dos "autênticos" do MDB com atuação na área de saúde. Esse grupo de legisladores auxiliado pelo núcleo do Cebes do Distrito Federal (por sua vez fortalecido pelo deslocamento para Brasília de uma série de quadros técnicos atraídos para trabalhar no Piass, PPREPS e nos Ministérios) "tomou" a Comissão de Saúde e promoveu o I Simpósio. Nessa reunião, a que compareceram as diferentes forças com interesses no setor, o movimento sanitário tornou-se visível para os demais atores. O documento apresentado pelo Cebes – "A Questão Democrática na Área de Saúde" – foi incorporado como documento oficial do Simpósio por unanimidade.

A realização do Simpósio marcou uma nova fase para o Cebes que a partir daí passou a estar mais vinculado com a política de saúde e a ocupar de forma relativamente permanente o espaço parlamentar. Mas o Simpósio marcou o início de uma nova fase para o **movimento sanitário como um todo.** A sua realização evidenciou que o movimento existia, estava articulado, tinha um projeto definido e que ocupava cada vez mais espaço da arena setorial na defesa de seu projeto.

Entre 1979 e 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país, e configurando sua especificidade, procurando cada vez mais "detalhar" o projeto e identificá-lo com maneiras concretas de atuar e agir sobre o panorama de saúde da população brasileira. Foi a época do "sonho tecnocrático" do Prev-saúde, por sua vez confluência de um conjunto de experiências institucionais do período anterior. É criada a Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, entidade científica representativa da "academia" e que no período recente assumiu uma atuação mais política no cenário setorial.

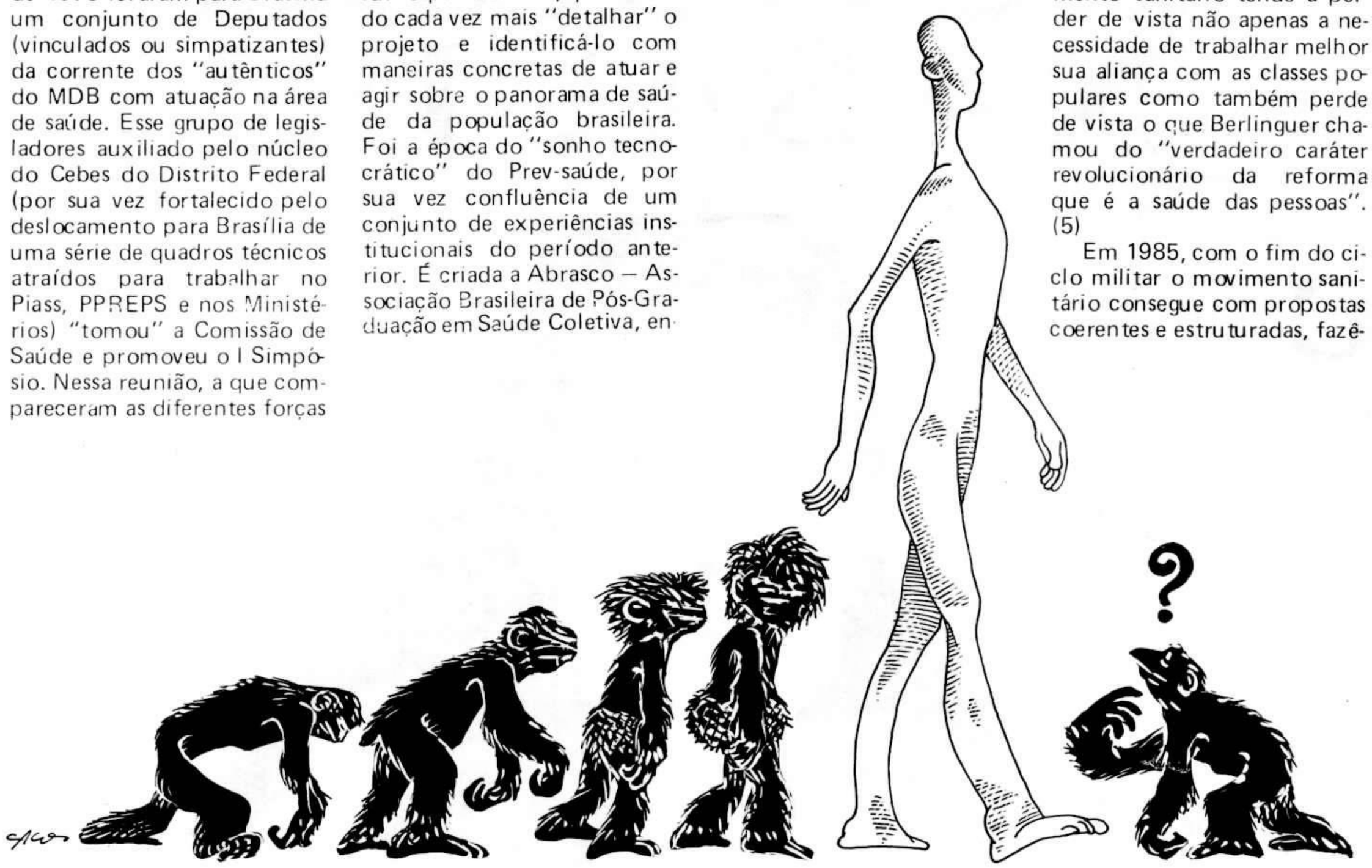
A partir de 1983 o movimento sanitário consegue por em prática uma de suas estratégias – a "ocupação dos espaços institucionais", na perspectiva de tentar modificar o direcionamento da política pública. Passa a fazer das instituições de saúde um **locus** de construção da contra-hegemonia. Ao privilegiar um **locus** "descuidou" de outros (a ampliação e aprofundamento da aliança com as classes-populares, subalternas, trabalhadoras – às quais o projeto dirige suas propostas e ações).

Entre 1983 e 1985 o movimento sanitário esteve estreitamente vinculado com a operacionalidade do sistema de saúde e a tentativa de reverter a tendência hegemônica de privatização da assistência à saúde. É representativo desse período o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde conduzidas por elementos do movimento sanitário, uma proposta que articulou e ampliou o leque de alianças com os demais movimentos e forças sociais. (3)

Começa com a participação do movimento sanitário nas Ações Integradas de Saúde um processo de "institucionalização" (4) dos projetos e propostas que até então tinham sua força maior concentrada na sociedade civil. São os dois gumes da faca: ao mesmo tempo que é estratégico penetrar os espaços para tentar implementar idéias e alterar os rumos da política, o movimento ao se "institucionalizar" sofre os limites da ação de alianças que a instituição impõe. O processo passa a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e aos poucos, concentrado nesse espaço de luta (o político-legal ou jurídico-institucional) o movimento sanitário tende a perder de vista não apenas a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares como também perde de vista o que Berlinguer chamou do "verdadeiro caráter revolucionário da reforma que é a saúde das pessoas". (5)

Em 1985, com o fim do ciclo militar o movimento sanitário consegue com propostas coerentes e estruturadas, fazê-las prevalecer em diversos âmbitos de definição das políticas para o período de transição e até indicar e garantir a nomeação de seus representantes para postos-chave da administração pública setorial. Conseguir operar as máquinas burocráticas na direção contrária a que vinham funcionando, sem contar com quadros identificados com o projeto em todos os postos estratégicos do sistema, exigiu um esforço enorme das pessoas envolvidas. Esse consumo intelectual com as inéditas experiências administrativas imprimiu uma das características do movimento sanitário neste período mais recente: o de restringir-se cada vez mais a buscar consenso em torno de um projeto limitado à ordem jurídico-institucional, às diversas formas administrativas de organização do sistema.

Mas é inegável também que esse conjunto de ações



conseguiu, ao longo desses três anos de crise permanente e progressiva, manter a visibilidade e a politização da questão saúde. Se a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho de Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas, o desenvolvimento da proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que começa com a Comissão Nacional da Reforma Sanitária e que ainda não sabemos onde vai dar, foi mais um passo concreto na mudança do direcionamento da política de saúde, mesmo que esteja restrita a uma reforma administrativa e que a seta ainda esteja longe de apontar o verdadeiro alvo.

A participação de representantes do movimento sanitário no governo durante os primeiros três anos da "Nova República" faz parte definitivamente da "estratégia do possível" (6) que tem na ação permanente, na exploração do **máximo** possível, a perspectiva de não vir a perder a luta por não comparecer no campo em que ela se trava.

Além da atuação intitucional neste período mais recente do seu processo histórico de atuação, o movimento sanitário viveu um dos seus momentos mais combativos na luta da Constituinte. Nesse espaço, de alguma forma o movimento se encontra com o seu objeto "ausente" — as classes populares, através da participação na Plenária de Entidades pela Saúde. Num processo que se cruza com o movimento institucional foi construída e negociada uma proposta de texto constitucional que cristalizava a luta de todos esses anos. E ter conseguido escrever na Constituição a saúde enquanto direito universal, integral, descentralizado, acessível e democrático, constituído por um conjunto de práticas que extrapolam o setor institucional da saúde, revela a existência de uma ampla frente de forças políticas, articuladas em torno de um projeto comum (que lhe confere identidade), suprapartidária, organizada ao redor das práticas: teóricas, ideológicas e políticas. Essa ampla frente de forças políticas é o movimento sanitário **hoje,** o mesmo que construirá seu próprio desenvolvimento futuro.

"Ao se afirmar a unidade dialética entre o saber, a ideologia e a prática política que fundamentam a trajetória e o projeto do novo sanitarismo, não se pretende ocultar as contradições que floresceram ao longo desse percurso ..." (7). Contradições existiram e continuam existindo. No entanto, até hoje, um dos elementos que mais força política deu ao movimento transformador do setor saúde foi a capacidade de refazer internamente o pacto, unindo pensamentos com matizes ideológicos diferenciados porém com um projeto comum que está conseguindo construir em comum.

É certo que temos toda uma história para contar do processo de lutas pela democratização da saúde. O passado tem que ser contado, analisado e repensado para podermos avançar. O que temos pela frente **ainda** é um processo de lutas. As vitórias políticas, para as forças progressistas, significam responsabilidades sociais. Existem, portanto, desafios colocados a cada passo da "unidade dialética saber — ideologia — prática" que caracteriza o movimento sanitário.

Na prática teórica está colocado o desafio de construir uma teoria da reforma sanitária brasileira como vem fazendo Sônia Fleury, Jaime Oliveira, Jairnilson Paim, Cristina Possas, entre outros. Nesse campo da construção do saber é fundamental manter a capacidade crítica, não tomar histórias individuais como sendo as do movimento, nem procurar justificativas para o "ônus" da inserção institucional incorrendo em análises "oficialistas". Mas tampouco deve-se cair como fez Gastão Campos (8) em simplificações com leituras parciais do processo que tentam encaixar a realidade em esquemas provincianos e superficiais de análise. Uma **boa** teoria da reforma sanitária brasileira deve ir desvendando os aspectos que orientam as práticas ideológicas e políticas do movimento, permitindo-lhe assim balizar seu projeto e seu direcionamento.

A prática ideológica do movimento sanitário tem como desafio reconhecer que toda vitória é um recomeço da luta e que ainda há um longo caminho a percorrer no aprofundamento da consciência sanitária, na manutenção da frente suprapartidária com a atuação na contra-hegemonia. A conquista de aliados para o projeto, a consolidação das alianças (em particular com os movimentos corporativos da área da saúde e demais movimentos de trabalhadores) são desafios para que o movimento sanitário se mantenha enquanto tal e para que consiga operacionalizar as suas conquistas.

A prática política do movimento sanitário tem como desafio tornar presente a "classe ausente". Isso é mais do que estabelecimento de alianças com movimentos sindicais e populares, é a construção **em conjunto** de um mesmo projeto, de um processo político de tornar realidade uma transformação setorial: a reforma sanitária. A construção desse projeto, tão bem definido por Berlinguer com a "longa marcha através das instituições e do processo de transformação da Sociedade e do Estado" (9) não tem receita. É construído coletivamente.

Sarah Escorel é médica sanitarista, Professora e Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) na Fundação Oswaldo Cruz.

Notas e referências bibliográficas

(1) Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, tese de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1987.

(2) Utilizo o referencial sistematizado por Sérgio Arouca em sua tese de doutoramento "O Dilema Preventivista" e retomado para a análise da reforma sanitária por Sônia Fleury Teixeira em "O Dilema Reformista da reforma sanitária brasileira", RAP 21 (4): 1, out. /dez., Rio de Janeiro, 1987.

(3) Sobre este aspecto registramos depoimentos tanto das AIS como instrumento para consolidar alianças com o legislativo (vereadores, deputados estaduais) e com o executivo (prefeitos, secretários e governadores) apontado em entrevista de Eugênio Villaça, como também para construir alianças com os movimentos populares analisado por Antônio Leite Alves no trabalho sobre o Mops — Movimento Popular de Saúde, parte da pesquisa coordenada por Sônia Fleury: "Estudos das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária brasileira", Ensp Fiocruz — SCT-MS, Rio de Janeiro.

(4) Utilizamos o referencial apontado por Edmundo Gallo em trabalho sobre o Cebes ("Da reforma ao reformismo: o Cebes e o movimento sanitário da ditadura à Nova República"), também parte da pesquisa acima citada, embora discordemos de boa parte de seu conteúdo e principalmente de suas conclusões.

(5) Observação feita pelo senador italiano Giovanni Berlinguer em sua participação no seminário "Análise Comparada das Reformas Sanitárias: Brasil e Itália" promovido pelo grupo de pesquisa acima mencionado, com o apoio do CNPq, na Ensp — Fiocruz em julho de 1987.

(6) Refiro-me ao termo utilizado por José Saraiva Felipe em "MPAS — o vilão da reforma sanitária", mencionado por Sônia Fleury no artigo citado na nota 2.

(7) Id. ibid. p. 200.

(8) Refiro-me ao debate registrado no artigo de Jaime de Oliveira "Por uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais" publicado em Saúde em Debate nº 20, criticado por Gastão Campos em artigo publicado no livro de Giovanni Berlinguer "Reforma Sanitária: Itália e Brasil", por sua vez refutado por Sônia Fleury em artigo "A análise necessária da reforma sanitária" a ser publicado na próxima *Saúde em debate* (nº 22). Sem sombra de dúvidas fazem parte dessa discussão as reflexões de Jairnilson Paim registradas na primeira parte do artigo "A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia", publicado em *Saúde em Debate* nº 21.

(9) Frase de Giovanni Berlinguer em entrevista ao jornal *Proposta* — Jornal da Reforma Sanitária quando de sua vinda ao Brasil para participar do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela Abrasco em setembro de 1986, publicado em *Proposta* 1(1), mar. 1987.

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

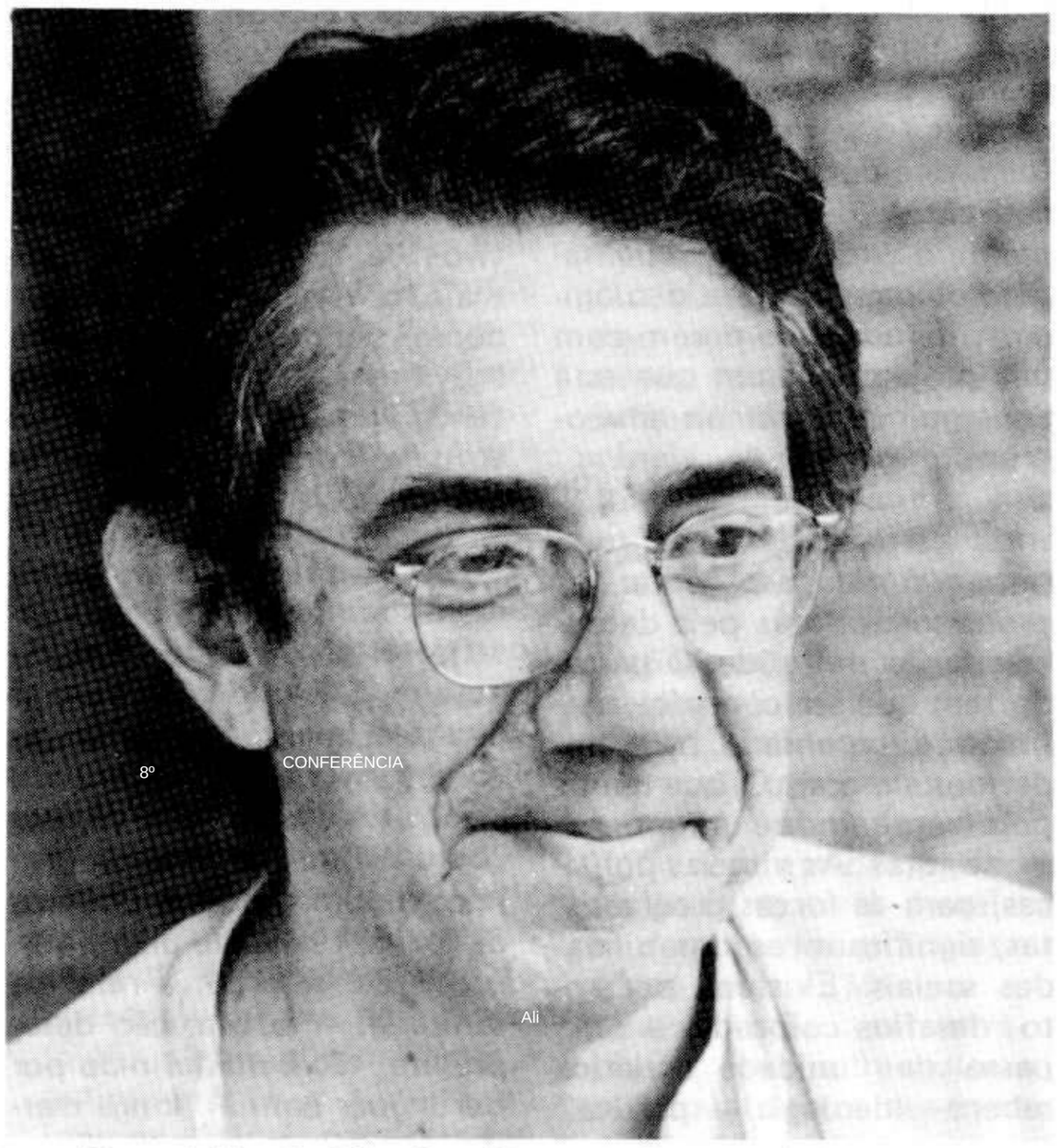
Ali garantimos a legitimidade das nossas propostas

ARLINDO GOMES DE SOUSA

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 86, foi um momento privilegiado de um longo processo da sociedade brasileira em direção à transformação de um sistema de saúde concentrador e perverso. Todos os movimentos de oposição convergiram para a Oitava, com a proposta de um Sistema Único'', relembra o Vice-Presidente de Desenvolvimento da Fiocruz, Arlindo Gomes de Souza, que participou diretamente da organização da Conferência e dos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, instalada após o encontro.

A saúde foi discutida ali como um conceito amplo que envolve, além da assistência médica, alimentação, trabalho, habitação, saneamento básico, salário, meio ambiente. Arlindo considera que a nova Constituição consagrou os preceitos da 8ª Conferência e avalia que ''nada mais se faz ou se derruba no setor saúde no país, que não seja em nome da Oitava''. Ele destaca a representatividade e legitimidade que marcaram a Conferência, desde o início de sua organização até a votação final de suas resoluções:

— Foi a primeira conferência da qual participaram os usuários dos serviços de saúde, representados por amplos setores da sociedade civil. Préconferências foram realizadas em todos os estados e, logo no início dos trabalhos, houve uma assembléia para discutir exclusivamente a representatividade daquele fórum, que concluiu estar representada ali toda a sociedade brasileira. Numa discussão subsequente, ficou definido quem teria direito a voto e, num universo de cinco mil participantes, 1.200 foram constituídos delegados.



Na opinião do Vice-Presidente de Desenvolvimento da Fiocruz, ''nada mais se faz ou se derruba no setor saúde que seja em nome da Oitava''

O importante neste caso, segundo Arlindo, é que não apenas os técnicos da saúde tiveram direito a voto e, por outro lado, foi exigido que o delegado tivesse por trás de si uma parcela organizada da sociedade civil.

Durante vários dias, 180 grupos, com média de 30 participantes, realizaram debates abertos sobre os três temas centrais da Conferência: a saúde como direito do cidadão e responsabilidade do Estado; a necessidade de um novo sistema de saúde, diante da constatação da falência do modelo vigente; e as formas de financiamento deste sistema.

— Os dois primeiros temas ficaram bem definidos ao final das discussões, foram aprofundados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária e incorporados pela Constituição, através da nova conceituação de saúde e do Sistema Único — analisa Arlindo. — O mais polêmico e difícil foi o terceiro. Não acho que se tenha chegado a uma definição precisa sobre financiamento na Conferência e no texto constitucional.

Após o encontro, foram realizadas pós-conferências sobre doze temas específicos, mantendo a mesma representatividade na convocação de delegados. Entre os temas estavam saúde mental, da mulher, do trabalhador, do consumidor e do índio; grandes endemias e recursos humanos.

— Chegamos a temer pela implantação das decisões da Oitava — diz Arlindo — mas acho que isso ocorreu de forma mais integral do que podíamos imaginar num primeiro momento. A comissão Nacional da Reforma Sanitária teve um importante papel nisto, apesar das tentativas por parte do Governo Federal de esvasiar as conclusões da Conferência. A Oitava e as pósconferências representaram uma pré-constituinte da saúde. Quando a Comissão apresentou estas conclusões à Constituinte, juntamente com a Plenária Nacional da Saúde, formada pela maioria das entidades presentes na Oitava, políticos de todos os partidos entenderam que elas tinham legitimidade.

Arlindo considera que nenhum processo no Brasil moderno teve tanta representatividade e legitimidade quanto a 8ª Conferência, tratando a questão da saúde de forma suprapartidária:

— Só o PDS não participou da Conferência e independente das diferenças de opinião e da radicalidade de suas posições, todos os partidos acataram as conclusões finais e as incorporaram a seus programas.

COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA

Interligamos a 8ª e a Constituinte

JOSÉ HERMÓGENES

A criação pelo Presidente da República de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, com a função de coordenar a execussão da reforma do sistema de saúde, inclusive com a fusão das instituições a nível federal, foi uma das principais deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em seu lugar, porém, acabou existindo, entre agosto de 86 e fevereiro de 87, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada por portaria ministerial com caráter consultivo e atribuição de apenas apresentar sugestões. A Conjuntura da época e a importância que a Comissão veio a ter são analisadas pelo seu coordenador, José Alberto Hermógenes, ex-Secretário Geral do Ministério da Saúde na gestão Roberto Santos e atual Diretor Geral da Bahiafarma.

— Logo após a realização da 8ª Conferência, ficou claro que a transformação de fato de todo o sistema de saúde era intensão de algumas pessoas dentro do Governo, mas não do Governo da Nova República. No Ministério da Saúde a intensão de aproveitar as resoluções da Conferência era praticamente inexistente e o Ministro Roberto Santos não aceitava a constituição do Grupo Executivo composto pelos ministérios e a sociedade civil, com aquelas funções. Fazendo um diagnóstico das dificuldades do momento, com obstáculos até mesmo pra a criação da Comissão, o movimento sanitário decidiu ocupar o espaço possível, utilizando a Comissão para dar seguimento aos debates e aprofundar as questões da 8ª Conferência.

A Comissão coordenada pelo Secretário Geral do Ministério da Saúde foi composta de forma paritária por doze representantes governamentais e doze da sociedade civil, incluindo desde as confederações nacionais da indústria, comércio e agricultura, até as centrais sindicais e as federações de profissionais de saúde, além das federações dos hospitais privados e filantrópicos. Houve uma média de três reuniões mensais e uma Secretaria Técnica da Comissão funcionou em tempo integral na Fundação Oswaldo Cruz, reunindo e elaborando documentos e estudos de consultoria. Entre os temas abordados nestes documentos estavam saúde do trabalhador, recursos humanos e saúde do consumidor. As mini-conferências temáticas realizadas após a 8ª Conferência serviram de subsídio para estes textos.

— A Comissão se mostrou um importante vínculo entre a realidade dos estados e o movimento sanitário — relata José Alberto. — Vieram as eleições de 86 e os resultados mostraram que as propostas da 8ª Conferência encontraram terreno mais fértil nos estados. Realizamos reuniões com os movimentos regionais e governadores de estados como Rio Grande do Sul, Bahia, Goiás e Rio de Janeiro.

Em vez de encaminhar sugestões apenas para o Executivo, a Comissão decidiu enviar à Assembléia Nacional Constituinte propostas de conteúdo para a nova Constituição, que coincidiram com as do movimento popular e foram encampadas, em grande parte, pelo documento da comissão de sistematização.

— Fomos os primeiros a apresentar nossa proposta à Subcomissão de Seguridade, Saúde e Meio Ambiente, no dia 22 de abril de 87. Nosso texto definia e limitava mais o papel da iniciativa privada, por exemplo, do que o que ficou aprovado no texto final. Na essência, o resultado foi uma vitória de todo o movimento sanitário, da Comissão e do Núcleo de Estudos da Saúde da Universidade de Brasília.

Para o Diretor Geral da Bahiafarma, as reuniões da CNRS impediram a ocorrência de um vácuo de discussão e formulação após a 8ª Conferência.

Num outro documento, o Conselho formulou subsídios para a legislação do novo Sistema Nacional de Saúde. O texto detalha aspectos da organização e descentralização do sistema e sugere que os princípios gerais sejam adaptados às diferentes realidades do País.

— O principal em relação à Comissão foi impedir que houvesse um vácuo de discussão e formulação após a 8ª Conferência. Hoje, podemos concluir que, diante das dificuldades da época, estava correta a estratégia de ex-Superintendente do Inamps, Hésio Cordeiro, de unificar por baixo, com eixo nos estados — avalia José Alberto.

— A etapa que se coloca agora é viabilizar a implantação dos distritos sanitários, ou sistemas locais de saúde, porque é neles que se consolida o novo modelo de assistência. Os esforços devem ser concentrados nas áreas que demonstram maior viabilidade mas não através de projetos piloto. Para a consolidação da Reforma Sanitária é preciso comprometer os partidos políticos, os parlamentos e a sociedade civil. O PMDB se omitiu em cobrar o cumprimento de seu programa para a Nova República, quando o governo não implementou as decisões da 8ª Conferência. Hoje, só os partidos mais à esquerda e definidos ideologicamente dão prioridade à saúde como ponto programático. As assembléias estaduais e as câmaras municipais ainda estão distantes desta temática e a população organizada só acompanha as mudanças nos estados em que a participação popular no Suds é concreta, conclui.

Texto é um dos mais competentes

Carlos Mosconi começou sua atuação na Constituinte pelo PMDB mas, no final, voou ao lado de outros "tucanos" para o PSDB. E foi por este partido que participou das últimas negociações envolvendo o texto da saúde, antes da votação em segundo turno.

Tamborilando um exemplar de "Os irmãos Karamazov", de Dostoievsky, ele deu este depoimento ao RADIS logo após a aprovação definitiva de texto constitucional, com a certeza de que a base do que foi aprovado saiu do seu relatório na Subcomissão de Seguridade, Saúde e Meio Ambiente, que marcou a primeira fase dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

Para Carlos Mosconi, "o trabalho na Subcomissão foi, portanto, extremamente profícuo, porque conseguimos ampliar, em muito, o debate que contou com a participação de todos os segmentos ligados à saúde. Neste sentido, deixamos mesmo de respeitar rigidamente o regimento interno, e fizemos reuniões muito acima do número estabelecido. Convidamos todas as entidades que manifestaram desejo de participar daqueles debates".

Mosconi ressalta em seu depoimento a lucidez e a receptividade às opiniões internas e externas que caracterizaram a Constituinte.

Mosconi lembra que "toda a polêmica criada naquela ocasião foi mantida nas etapas subsequentes, atenuadas num momento e exacerbadas em outros. A questão da estatização acirrou os ânimos de muitas entidades privadas, algumas até de maneira muito radical, fazendo com que a discussão a respeito do tema ficasse reduzida a este ponto, não havendo por parte de alguns setores a preocupação em aperfeiçoar o texto, mas sim de destruí-lo".

Felizmente, segundo ele, a Constituinte, nas diversas fases de discussão, "se manteve lúcida, receptiva às opiniões internas e externas e, creio, pela primeira vez o Congresso Nacional voltou a sua atenção para a saúde em nosso país".

Em sua avaliação, "o que se viu em todas as aprovações, com exceção das duas últimas votações, foi uma grande mobilização externa e uma enorme coerência interna. Finalmente, se considera, na Constituinte, que o texto da saúde é um dos mais competentes, porque retrata, com fidelidade, a realidade do país além de propor, com objetividade, medidas exequíveis, definindo recursos para fazer frente ao novo Sistema Único de Saúde".

Novo sistema trará mais eficiência

Foram raros os momentos em que o deputado federal pelo PMDB da Bahia Carlos Sant'Anna invocou sua condição de mero constituinte — abdicando temporariamente da liderança do governo na Câmara — para defender os interesses que lhe falavam mais de perto. E quase todos estes momentos disseram respeito à votação do tema saúde.

E foi cercado de aplausos da grande maioria e ironias cochichadas entre os parlamentares de direita que Sant' Anna deixou o plenário comemorando o texto constitucional que, pela primeira vez, dedica artigos para a saúde e aponta para o Sistema Único. Segundo ele, um texto muito positivo:

— Este texto, da forma como foi aprovado, implica numa responsabilidade muito importante, porque visa, mais que tudo, preservar a saúde do povo brasileiro.

Para Sant'Anna, no entanto, a aprovação final do texto constitucional representa uma importante vitória de uma batalha, mas não a conquista definitiva:

— Ainda temos pela frente a elaboração da legislação ordinária. Há todo um conjunto de leis complementares para regulamentar o texto constitucional, numa etapa que pode ainda ser considerada constituinte, embora sua execução seja feita pelo Congresso Nacional. E, ao lado disso, somase o trabalho das Assembléias Legislativas que irão adaptar as constituições estaduais à nova Constituição do país.

"Não admito mais valia sobre o sangue", disse o ex-ministro da Saúde ao defender a proposta vitoriosa que proíbe a comercialização.

À luz da nova Constituição, Carlos Sant'Anna, que já foi Ministro da Saúde neste governo, vê mais próxima a unificação a nível federal, ainda que não veja o Sistema Único como indicativo suficiente para um Ministério único:

— Na verdade, teremos a partir de agora uma atuação sistêmica a nível da união, dos estados e dos municípios, e as ações de saúde terão um papel importante. A redistribuição de verbas e de comando deverá gerar, certamente, maior eficiência e eficácia ao sistema.

Este aspecto, segundo o deputado-federal, colaborará positivamente para as ações de saúde, apesar dos anunciados cortes no orçamento federal, uma vez que, atuando de forma sistêmica e integrada, será mais fácil se evitar disperdícios.

Sociedade organizada teve papel determinante

Se houve alguém nesta Assembléia Constituinte cobrado, criticado, incentivado, pressionado, apoiado, amado ou odiado, foi o senador pelo PMDB do Pará Almir Gabriel. Relator da Comissão da Ordem Social, principal negociador do PMDB nas fases subseqüentes, não houve uma vírgula sequer, no texto da saúde e da seguridade, que não tenha passado pelo seu crivo. E na mesa de negociação, das tantas que se realizaram, não houve ninguém mais presente — ora firme, ora "mineiro" — na briga pelo texto finalmente aprovado em agosto último.

— Em primeiro lugar, gostaria de comparar a atual Constituição às anteriores quando não se fazia qualquer referência detalhada à saúde. A última Constituição, outorgada, trazia a palavra saúde apenas uma vez, ainda assim quando tratava da previdência. Inquestionavelmente, o peso da saúde se sobrepõe às anteriores.

"Em segundo lugar, prosseguiu ele, fazendo uma análise de direito comparado, o novo texto constitucional, se comparado ao de países mais desenvolvidos, explicita melhor como a sociedade deve se comportar em relação à saúde. No entanto, se comparada ao texto de países menos desenvolvidos, a nossa é menos explícita".

"Em terceiro lugar, continuou, é necessário verificar em que condições o texto foi produzido. A maioria dos constituintes não tinha informações sobre a saúde. Naturalmente, entendiam mais de organização política, do Estado, mas a visão setorial era menor e, por isso, teriam menos condições de cobrar coerência e em quarto lugar, as posições políticas da maioria dos constituintes eram conservadores".

Para Almir Gabriel, "quer no conjunto da história, quer na análise do momento, foi um trabalho com grandes adversidades e dificuldades no caminhar. Apesar disso, o que foi consagrado superou em muito o que tínhamos o direito de ter como expectativa.

O senador acha que "o mais original em relação a tudo que se tinha antes, quer no Brasil ou no mundo, foi a inclusão da saúde dentro da seguridade social".

Prosseguindo, ele disse que "quanto ao conteúdo, cabem também duas análises. Na primeira, deve-se notar que alguns assuntos foram tratados dentro do setor saúde. Mas como havia outros não específicos ou que tinham relação com outras áreas mais amplas, acabaram deslocados da seção saúde para outras. Como, por exemplo, o caso da propaganda sobre tabaco ou bebidas, que ficou na parte de comunicação, ou sobre o controle de natalidade, que ficou na parte referente à família".

Numa segunda análise, desta vez sobre o tema específico, ele disse "que foi possível conservar todo o espírito que conformou a primeira fase, menos num ponto de muita importância. E de certa forma, tem a ver com a questão econômica intrínseca. Acabou sofrendo o impacto da postura geral da Constituinte em relação à atividade pública e a privada. Em outras palavras, a questão econômica implicou na perda da concepção inicial do Sistema Único de Saúde genérico, para um Sistema Único de Saúde público. Embora eu considere uma perda, eu também considero que, diante das condições reais do Basil, em que 70% dos recursos aplicados em saúde provêm do setor público — ou por contribuição, ou por impostos — que, neste sentido, dependendo do grau de organicidade e eficiência do setor público para gerenciar o Sistema Único de Saúde público, resultará numa maior ou menor aproximação prática real daquilo que foi concebido para aquilo que será executado".

Segundo avaliação do senador, "se 70% administrarem bem, pela abrangência e distribuição especial dos serviços, poderá se diminuir a presença do setor privado, até porque mais de 90% do setor privado prestador de assistência médica ficará submetido às normas e medidas do Sistema Único de Saúde público. Como não receberão auxílios, subvenções e incentivos, a tendência será então de desestímulo à atividade privada de assistência à saúde".

Para Almir Gabriel, "foi garantido também ao Sistema Único público, o controle e a fiscalização de produtos, insumos e procedimentos ligados ao setor. Da mesma maneira que a influência sobre a formação de recursos humanos e o estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico e até uma abrangência maior nos controles estatais sobre os danos ao meio ambiente, alimentos, bebidas, tóxicos ou outros elementos que promovam prejuízo para a saúde, quer ambiental, coletiva ou individual".

Almir Gabriel acha que "o mais original em relação a tudo que se tinha antes, quer no Brasil, quer no mundo, foi a inclusão da saúde dentro da seguridade social. Embora alguns preferissem tratar da saúde como um setor separado, no meu entender, a colocação da saúde dentro da seguridade coloca o setor de maneira mais organicamente ligada a uma concepção real de justiça social, isto é, retira um pouco a saúde como direito idealisticamente concebido para uma contextualização da saúde na vida real dos indivíduos e na vida real da coletividade. Além disso, tenho a impressão de que isso deverá resultar numa melhor integração do setor saúde a uma visão mais global da sociedade".

Fora do texto, ele analisou ainda alguns pontos: — Entendo e afirmo com alguma segurança que as comunidades conseguiram passar para os constituintes, atuando sobre grupos ou individualmente, a mais ampla concepção de todo um processo antes debatido em conferências e reuniões. É provável que o que escrevemos no setor saúde reflita, em grande parte, as aspirações, os desejos, as necessidades e as preocupações da própria sociedade e dos profissionais ligados à área. É bonito que as discussões de trinta anos, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, estejam hoje no texto constitucional. Um texto que foi elaborado não só pelos constituintes, mas que em grande parte foi escrito fora das salas do Congresso. Foi escrito nas discussões em hospitais, associações de bairros, universidades e expressa, sem dúvida, uma visão muito mais da sociedade que está preocupada com esta probabilidade de conceber algo como resultado possível do trabalho constituinte. Fico muito feliz por isso. Feliz e agradecido pela ajuda e colaboração dada por todos os companheiros não constituintes".

Reais transformações só virão com mais participação

A Reforma Sanitária e a luta para alcançar este objetivo não começaram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde — embora esta represente um marco importante deste movimento — nem se encerra com a nova Constituição, que garante os instrumentos para fazer avançar o processo de transformações que busca a elevação do nível de vida da população, entendendo a saúde como um conceito mais amplo que, além de assistência médica, envolve aspectos como alimentação, trabalho, habitação, saneamento básico e meio ambiente. Esta é a opinião do secretário geral da Central Geral dos Trabalhadores do Rio de Janeiro (CGT/RJ) e vice-presidente do Sindicato dos Médicos do Rio, Eraldo Bulhões, que considera fundamental a pressão da sociedade civil organizada, em especial dos trabalhadores, para fazer avançar cada vez mais o processo de Reforma Sanitária.

Este processo começou bem antes da 8ª CNS Em plena ditadura o movimento sanitário já formulava propostas de mudança no sistema de saúde vigente. Desde 1978 os profissionais de saúde começaram a intervir mais organizadamente nesta questão e a Associação Médica do Rio de Janeiro, entre outras entidades, colocava os aspectos sociais que envolvem a Saúde. A partir de 1982, com o Encontro Popular de Saúde, que reuniu sindicatos de trabalhadores e associações da Famerj (Federação das Associações de Moradores do Rio de Janeiro), as entidades sindicais passaram a assumir esta tarefa com mais determinação. Aliás, diga-se de passagem, essa luta já se desenvolvia num passado mais distante, pelo menos desde a Constituição de 46, quando o então deputado Alcedo Coutinho (do Partido Comunista Brasileiro — PCB) defendeu a proposta de um sistema único de saúde, lembrou o sindicalista.

Para Eraldo Bulhões o processo de Reforma Sanitária avançou, principalmente a partir da 8ª Conferência, devido ao alto grau de participação popular que marcou este processo, envolvendo o movimento sindical, partidos políticos, associações de moradores e outros setores da sociedade civil organizada.

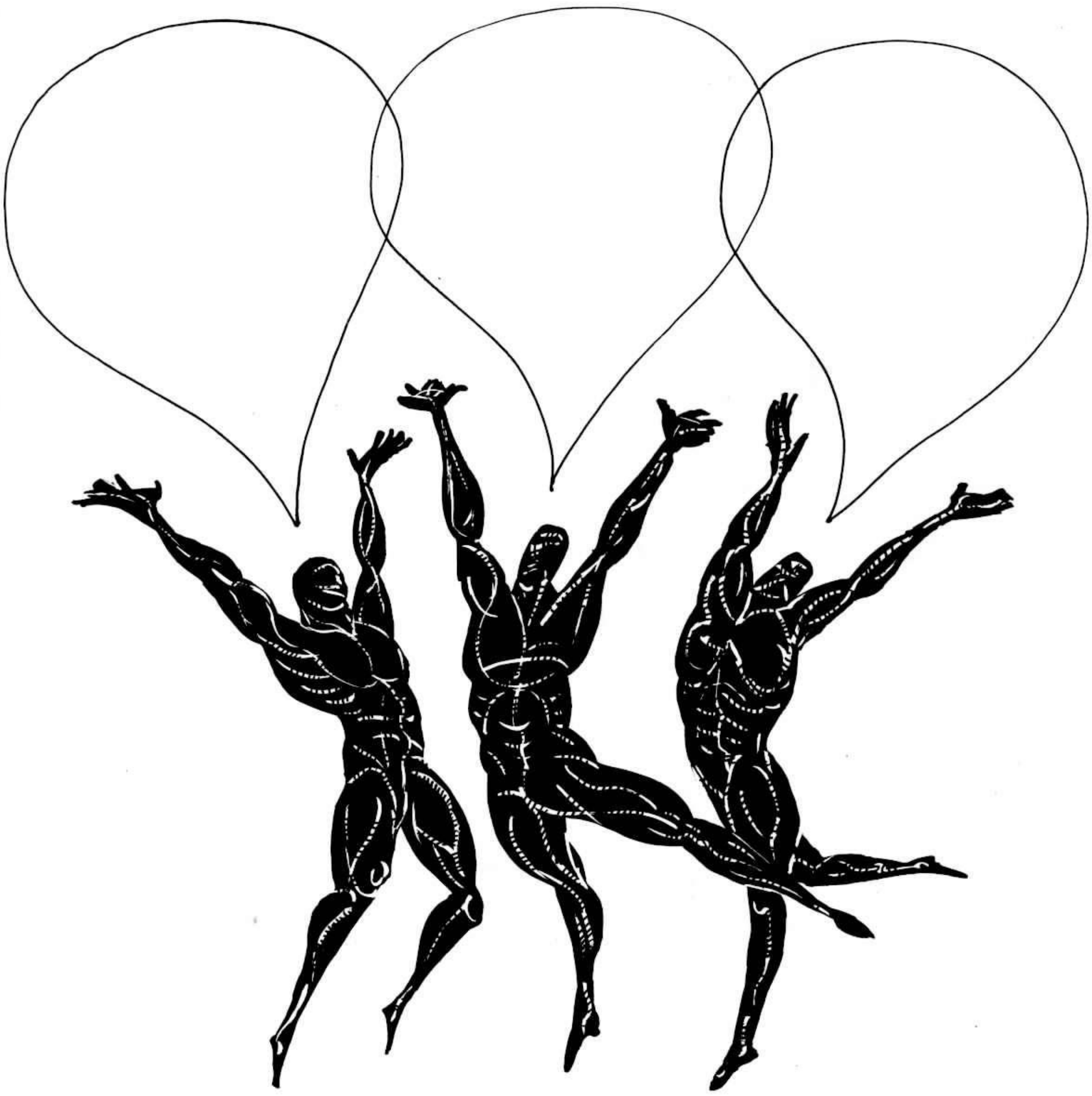
— A seção saúde do texto constitucional, juntamente com direitos assegurados em outros capítulos, como o do meio ambiente, educação, ciência e tecnologia, contemplaram as resoluções da Oitava, levando em conta os limites impostos pela correlação de forças existente na Assembléia Nacional Constituinte. Mas para avançar ainda mais é fundamental uma pressão permanente, durante a elaboração e após a aprovação das leis complementares que darão aplicabilidade à nova Constituição — afirma o dirigente da CGT/RJ e do Sindicato dos Médicos.

Só pressão faz avançar

— Se não houver pressão, pode acontecer com o sistema único — uma das nossas grandes vitórias no texto constitucional — o mesmo que vem ocorrendo com o Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que só funciona onde o comando político está nas mãos de setores efetivamente comprometidos com a saúde da população. E vale dizer que, mesmo nestas regiões, a implantação do sistema envolve enormes dificuldades financeiras, decorrentes da falta de vontade política do Governo Federal para executar as mudanças. Na maioria dos estados, o Suds (que não pode ser confundido com Reforma Sanitária, na medida em que não reformula o sistema) não representou avanço real. Em Minas, por exemplo, está desmoralizado entre profissionais de saúde e a população, que depositaram grande expectativa em sua implantação e hoje convivem com o desleixo total com a assistência e a rede hospitalar.

A declaração é do presidente do Sindicato dos Médicos de Belo Horizonte, que representou a CGT na 8ª Conferência e na Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), embora sua entidade, hoje, não esteja vinculada a nenhuma das centrais sindicais. Ele reconhece os avanços conquistados após e Oitava, passando pelo Suds até a nova Constituição, mas entende a participação como fundamental para aprofundar o processo de transformações em curso.

Lamentando que o texto constitucional não tenha resolvido definitivamente a questão do financiamento do sistema único — ponto que, embora contido nas disposições transitórias da Constituição, depende ainda de lei complementar —, o sindicalista também considera que a participação da comunidade



no sistema, conforme o novo texto, precisa ser melhor explicitada:

— O Artigo 203 garante esta participação mas não explica de que forma esta se viabilizará. Esperamos que a Lei do Sistema Único venha assegurar a formação de Conselhos de Saúde, com poder deliberativo, pois sua mera existência não garante um sistema avançado e participativo.

A luta no campo

Vítimas de total desassistência à saúde, os trabalhadores rurais também são parte integrante da luta pela efetiva Reforma Sanitária. André Montalvão, secretário geral da Contag (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura) representou este numeroso segmento na 8ª Conferência e na CNRS e também acha que o processo de reforma se aprofunda e exige uma participação cada vez maior:

— Sem dúvida, o sistema único vai melhorar as condições de saúde dos trabalhadores do campo, que já melhorou bastante onde o Suds foi implantado, embora ainda exista uma carência muito grande em algumas regiões, como Mato Grosso do Sul, Pará, Bahia e Piauí. Os companheiros destas regiões ainda procuram atendimento em outros estados, como Brasília, e para isso têm que viajar dois ou três dias. Entendemos que as vitórias que obtivemos na Constituição significam um passo importantíssimo nesse processo de transformações, mas temos consciência de que é preciso mobilização para cobrar as mudanças, barrar o coronelismo e os desvios de verbas promovidos pelos comandos políticos — acentua o sindicalista.

Posição de consenso

A exigência de pressão da sociedade para fazer avançar ainda mais o processo de Reforma Sanitária é ponto consensual do movimento sindical, independentemente das divergência na análise de conteúdo dos avanços conquistados até agora. Responsável pela Secretaria de Saúde e Previdência da Central Única dos Trabalhadores no Rio Grande do Sul (CUT/RS), Maria Luiza Jaeger (que representou a entidade na 8ª Conferência e na CNRS) também considera fundamental a participação organizada do movimento popular e sindical para garantir a aplicação dos "pontos positivos" da nova Constituição, uma vez que em seu conjunto "o novo texto é conservador".

— O avanço fundamental foi a 8ª CNS O Suds foi o meio do caminho e a Constituição só não foi pior graças à participação popular. Avançamos com a ampliação do conceito de saúde, que deixou de ser relativo apenas à assistência médica; com a garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado; criação do sistema único, com uma só direção a nível de governo; descentralização administrativa; definição da saúde ocupacional como atribuição do sistema de saúde; garantia de participação da comunidade no sistema e na proibição de comercialização do sangue, entre outros aspectos, como o capítulo do meio ambiente. Mas perdemos para a iniciativa privada, pois defendíamos sua participação como suplementar (fora do sistema) e saiu como complementar (parte do sistema). Também perdemos na área de produção de medicamentos, matérias-primas e equipamentos, pois queríamos que estas questões fossem responsabilidade do Governo e, pelo texto, fica assegurada apenas sua participação. Ou seja, a estrutura atual nesta área não é alterada — acentua Maria Luiza.

Apesar de ressaltar estes aspectos e "o caráter conservador do texto", a dirigente da CUT também acha que é fundamental a mobilização dos setores sindical e popular para garantir os **avanços relativos** já contemplados e ampliá-los na fase das leis complementares. Ela propõe uma luta unificada para cobrar de imediato o repasse de 30% dos recursos da seguridade social para a saúde, conforme garante o Artigo 62 das Disposições Transitórias, até a aprovação da Lei de Organização da Seguridade Social, na qual se inclui a saúde e a questão do seu financiamento.

CONSTITUINTE

A consolidação dos avanços

ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO

Ao terminar o processo constituinte, uma pergunta se coloca a todos nós: ganhamos ou perdemos? O que nos espera?

Eu não tenho qualquer dúvida: avançou-se, seja no conteúdo, como no processo; nos aspectos da saúde e nos gerais. Entretanto, o que nos espera talvez seja muito mais desafiador do que o que já passou. Enquanto até esta etapa as batalhas tiveram uma grande conotação política e ideológica, a partir de agora, sem que desapareçam estas, colocam-se com grande ênfase as questões técnicas. Para enfrentarmos esse desafio é necessário que compreendamos o ponto em que estamos em termos de processo e conteúdo.

Em primeiro lugar é necessário lembrar o caráter limitado e limitante que deu origem à Constituinte. Tendo sido um congresso constituinte, o processo eleitoral correspondente não esteve centrado nas teses constitucionais, mas nos velhos temas do clientelismo político, isto é, poucos constituintes foram eleitos comprometidos com teses específicas. Se por um lado isso pode ter sido extremamente empobrecedor e revelado o descompromisso do governo com a efetiva democratização do país, por outro acabou por valorizar o processo constituinte e o próprio papel da sociedade civil na sua condução.

Daí, a primeira lição: os que consideravam a constituinte um "jogo de cartas marcadas", logo tiveram que rever essa posição e começar a jogar as suas próprias cartas, na ausência não das "marcações", mas das próprias cartas.

Mesmo cheio de casuísmos, os quase 20 meses de funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte tiveram mérito incontestável em relação à democracia representativa: colocaram a nú o parlamentarismo e os parlamentares. E não só isso, como a percepção por parte da sociedade de que o parlamento é sensível às pressões dos grupos organizados da população e, portanto, passível de ser objeto de investimento dos movimentos políticos pela democratização do país, tanto quanto tem sido usados pelas forças conservadoras ao longo dos anos.

"Não fosse o processo constituinte, os desmandos e o retrocesso da chamada Nova República teriam sido irremediáveis e provavelmente o processo de democratização teria sofrido solução de continuidade". Eleutério Rodriguez Neto

Mesmo tendo tentado desqualificar o processo constituinte e estado a serviço dos interesses mais escusos, a grande imprensa não pode deixar de considerar a Constituinte como sua principal notícia nesse período e acabou, assim, prestando um grande serviço à causa da democracia.

Suspeita-se que depois desta etapa o Congresso Nacional não será o mesmo e nem o povo indiferente a ele. Não se pode deixar de considerar, no entanto, que a apreensão desses fatos deve ter-se dado também pelos setores conservadores que estarão, assim, mais atentos, mas também mais visíveis e definidos.

As próximas eleições, desde as municipais até as federais, mas especialmente estas, poderão confirmar ou não essas hipóteses que apontam na direção de um amadurecimento político do país.

Do ponto de vista do conteúdo aprovado para a nova Carta cabem, neste artigo, quatro tipos de consideração: uma de balanço geral, outro a respeito das conquistas objetivas para o setor saúde, as questões não resolvidas e, por último, os desafios que teremos que enfrentar.

Quanto ao balanço geral, tem-se que ter claro o papel que a nova Constituição pode ter no cenário do desenvolvimento nacional. Tendo sido feita de um pacto de natureza política e não social, o máximo que se poderia ter de expectativa era de que a Constituição fosse um "ponto de reparo" das conquistas obtidas no período anterior de luta pela superação do regime militar e construção de propostas legítimas de modernização e democratização das instituições e das políticas setoriais. E parece ser esse o resultado — a institucionalização de um novo patamar das lutas políticas na direção da soberania nacional, da democratização do país e da construção da cidadania.

Ressalvados os casuísmos fisiológicos, especialmente nas disposições transitórias, e a questão fundiária tratada de forma a responder aos interesses dos grandes proprietários de terras que exerceram o seu poder de força real, e mesmo considerando o desnível de profundidade e de coerência entre as várias matérias, não parece justo negar o saldo bastante positivo que se obtém ao final.

Arrisco ainda a afirmação de que, não fosse o processo constituinte em marcha, os desmandos, os descaminhos e o retrocesso da chamada Nova República teriam sido irremediáveis e provavelmente o processo de democratização teria sofrido solução de continuidade.

CONSTITUINTE

No que diz respeito às conquistas da saúde na direção da Reforma Sanitária, cabem destaque os seguintes aspectos:

— a adoção do conceito de saúde vinculado às políticas econômicas e sociais; ainda que aparentemente retórica, o conceito abre uma nova perspectiva para o encaminhamento extra-setorial das lutas pela democratização da saúde.

— a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com as substantivas e inequívocas adjetivações de integrado, regionalizado, hierarquizado, descentralizado, participativo e federativo (comando único e não superposta em cada nível de governo).

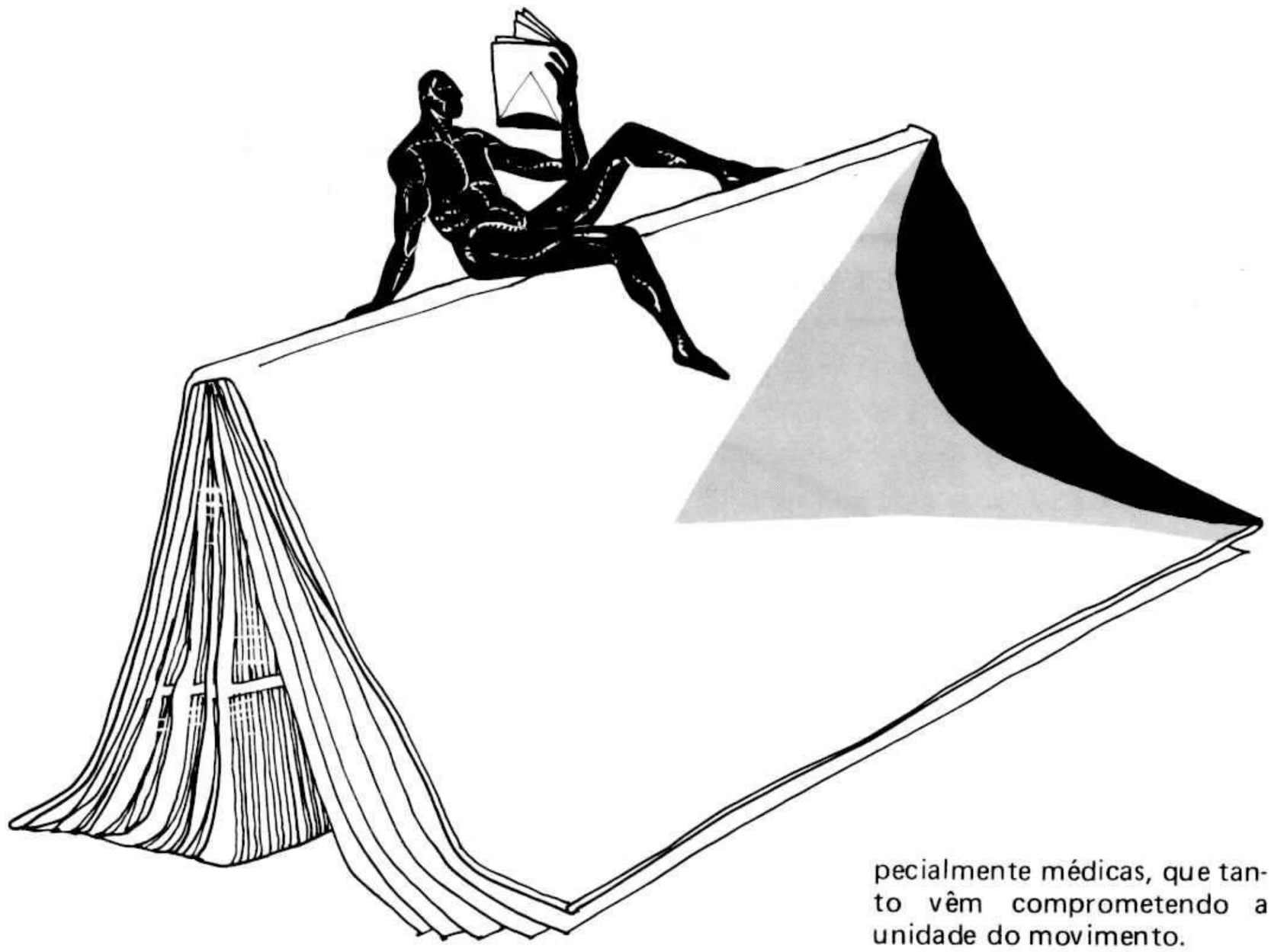
— a clara subordinação do setor privado que participe do SUS, não só às normas administrativas do contrato de direito público, mas também às diretrizes técnicas do SUS, por sua vez de atribuição do poder público.

— a incorporação da "Saúde dos trabalhadores" como atribuição do SUS, o que talvez venha a ser uma das mais significativas conquistas na direção da valorização das condições de trabalho como determinante do nível de saúde dos trabalhadores.

— a proibição do comércio de sangue e hemoderivado. Essa questão, conquistada no bojo de grande consternação e emoção pelos fatos presentes e recentes, pode ocupar, no entanto, um papel estrategico na afirmação da viabilidade do setor público e do próprio SUS.

Não se pode, entretanto, desconhecer que, se na essência, conseguiu-se preservar as propostas centrais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, muitas questões foram esvaziadas e algumas limitadas. É o caso da subordinação das políticas de insumos, de recursos humanos, de saneamento, de alimentos, ao SUS; e também a pretendida "estatização progressiva" do SUS.

Entendo que, não tendo havido correlação de forças favorável para que fossem adequadamente tratadas, algumas matérias deverão ser objeto de lei. Deve-se recordar que no caso da saúde não foi prevista legislação "complementar". isto é, qualquer lei que detalhe ou normatize o SUS será de caráter "ordinário", o que supõe maioria simples para aprovação. Questões como o financiamento, que necessita ser detalhado em termos de fontes, mecanismos de aplicação do orçamento da Seguridade Social e Saúde, montantes, critérios de repasse a estados e municípios, assim como mecanismos para a gestão autônoma nos vários níveis — federal, estadual e municipal. Estão por se conquistadas, assim como os mecanismos de articulação e coordenação inter-setorial, a normatização da propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivos à saúde, o programa nacional de sangue e hemoderivados, assim como, separadamente, a questão dos transplantes de órgãos e, de forma global e ampla, a prória nova lei do SUS, definindo o seu arcabouço institucional, as atribuições dos vários níveis de governo, a gestão, e todos os aspectos gerais relacionados com a sua operação, como a política de pessoal.



Neste momento, coloca-se, pois, para o movimento pela Reforma Sanitária, três tipos de desafios absolutamente inter-relacionados.

1. É necessário a manutenção e a ampliação da mobilização dos vários setores da sociedade comprometidos com a proposta, no sentido de aprofundar o debate dos temas específicos e buscar a sustentação política para as batalhas parlamentares que se seguirão; e mais, que essa mobilização esteja também orientada para os próprios serviços, na perspectiva do seu desenvolvimento progressivo; que nesse contexto, seja também ampliado o debate sobre as questões corporativas, especialmente médicas, que tanto vêm comprometendo a unidade do movimento.

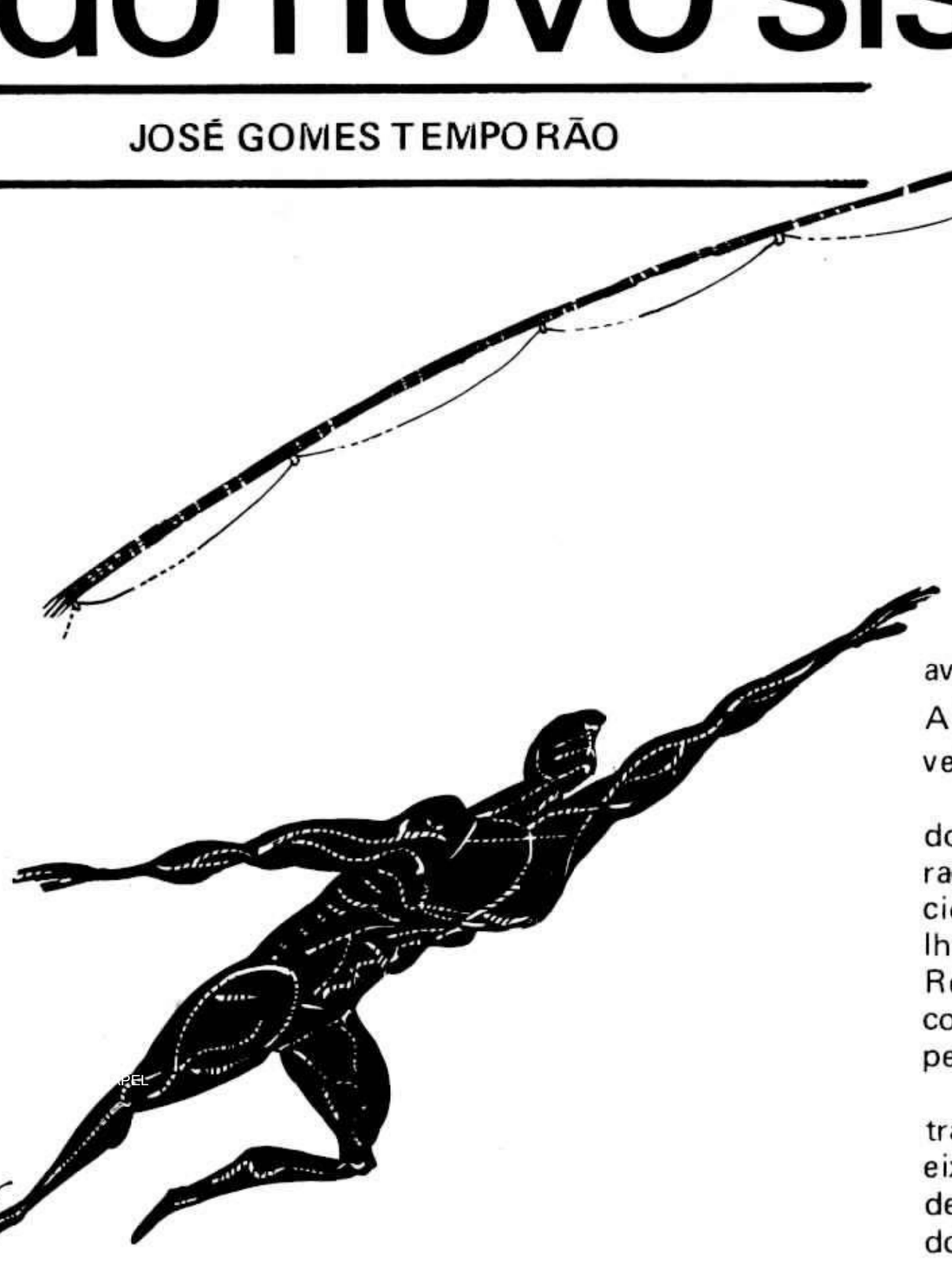
2. Impõe-se um trabalho técnico, respaldado politicamente, na elaboração dos ante-projetos de lei que normatizarão o SUS em seus vários aspectos. Propõe-se dois grandes fóruns para ampliar e legitimar essas propostas: um Simpósio Nacional de Saúde, a ser realizado conjuntamente pela Câmara e pelo Senado, e o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Este voltado mais para os aspectos da condição técnica e política da implementação do SUS, ambos para o próximo semestre.

3. Entretanto, não é possível se esperar por esses passos para que as questões relativas à qualificação técnica dos serviços sejam tratadas. Neste momento, a qualificação do setor público é a pedra angular da possibilidade de sucesso do SUS e que deve começar a ser enfrentada através dos vários recursos e instrumentos de que se dispõe, por dentro dos próprios Suds. Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) :

Eleutério Rodriguez Neto é Diretor do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da Universidade de Brasília.

Os avanços e recuos do novo sistema

JOSÉ GOMES TEMPORÃO



O movimento pela democratização da saúde no Brasil — que em sua história mais recente já entrou na segunda década de lutas — traz uma marca que lhe dá especificidade e força. Refiro-me à articulação, em movimentos conjuntos, de processos que a partir da década de 70 surgem a nível de produção acadêmica, dos movimentos sociais e de implementação de projetos alternativos de intervenção na assistência à saúde. As universidades e escolas de saúde pública, os movimentos sociais, de profissionais de saúde, o Cebes e as experiências do norte de Minas, Campinas e Niterói entre outras; formam o laboratório em que se gestou o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, articulando de um modo inovador produção teórica, luta política e trabalho institucional.

Uma dessas vertentes de construção da Reforma Sanitária é a do trabalho institucional. Aqui as experiências acumuladas na década de 70 conformaram um conjunto de princípios e proposições que puderam ser experimentados com maior amplitude e profundidade a partir do início da década de 80. Ou seja, o Plano do Conasp, o Pais (a contra-política na conjuntura), a democratização, as AIS e agora o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), compõem um gigantesco campo de experimentos e de construção de modelos, que ampliam e superam enormemente os anteriores.

Nesse processo de construção institucional da Reforma, o Suds demarca um momento de Reforma Administrativa (ousada, entretanto) e um instante de radicalização dos avanços conseguidos com as AIS, o que lhe confere um nível de qualidade diferenciado.

A decisão de implantação do Suds na esteira das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde e dos trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária teve, na conjuntura nacional, um papel de grande peso.

Em primeiro lugar por se tratar de uma proposta cujo eixo era a transferência de poder e de recursos financeiros do nível federal para estados e municípios, e isto interessava muito os governadores recém-empossados. Por outro lado, o país começava a viver o clima constituinte, em que a questão da descentralização surgia como uma das idéias força, nas propostas dos partidos e nas aspirações da sociedade. Em segundo lugar, a profunda crise financeira e a escassez de recursos disponíveis para implementar as plataformas de governo, levam os governantes a ver na possibilidade de administrar os recursos do Inamps, uma excepcional oportunidade. Por fim a própria trajetória da chamada Nova República é marcada por uma crítica permanente ao desempenho da máquina-administrativa federal e por promessas reiteradas de implementação de profunda reforma administrativa.

Esses fatos colocavam claramente a necessidade de que o próximo passo deveria priorizar mudanças nas relações entre o nível federal e o nível estadual. Colocados esses pressupostos, passo em seguida a tecer alguns comentários sobre aspectos que considero importantes no processo de implantação do Suds.

A estratégia autofágica

"Toda a guerra defensiva é ruinosa para os que tem de mantê-la: enfraquece sem esperança de recuperação, ao passo que as hostilidades no território do inimigo sempre podem ser compensadoras, pelo bem que se consegue com os danos a ele causados." (Simon Bolivar)

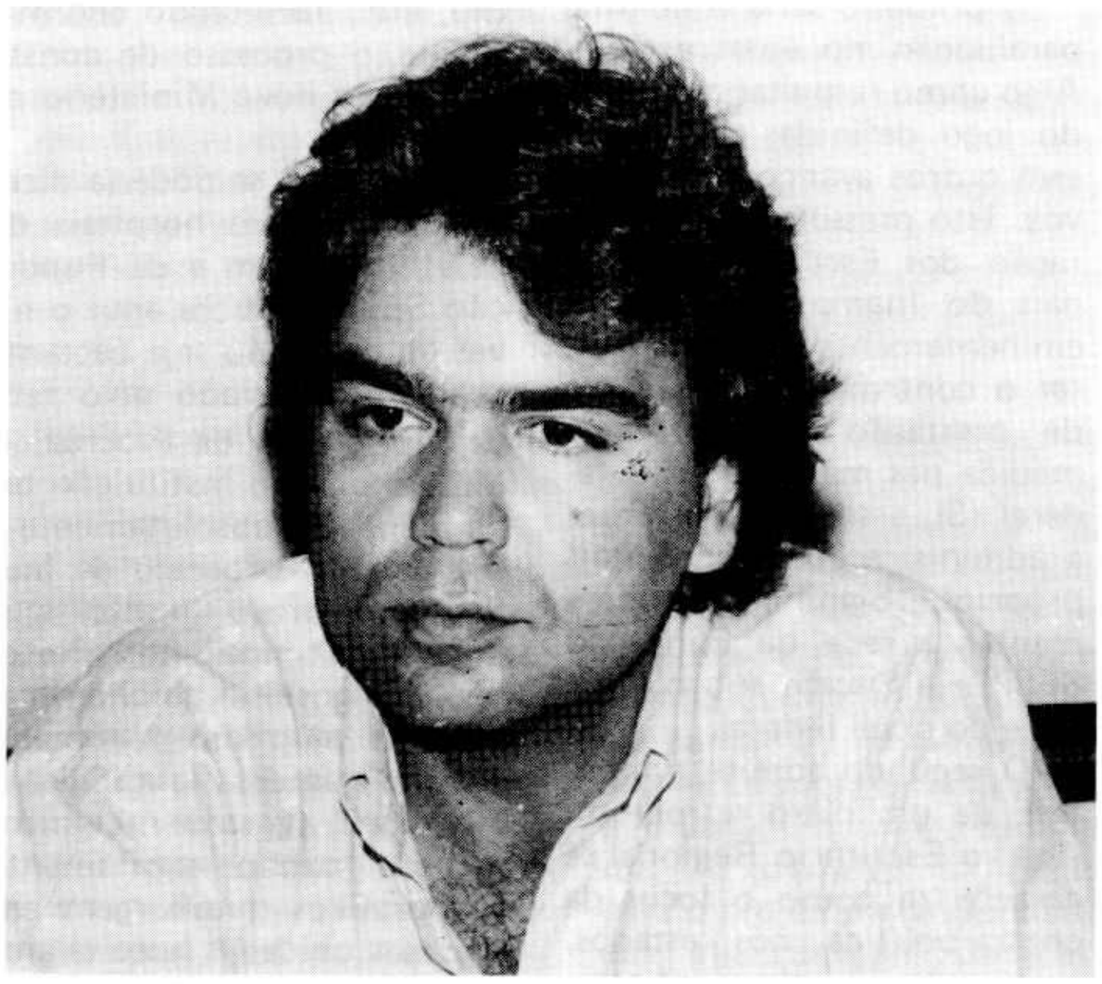
A principal marca do Suds é que este ganha vida e força, na medida direta do processo de extinção do Inamps. Estratégia interessante! Aqueles que usaram a máquina para dar nova feição ao sistema de saúde, são os mesmos que percebem na extinção do próprio substato de seu poder institucional, aquilo que permitirá avançar. Portanto, a história natural do Inamps pode se sinterizar no dístico "vida, agonia e morte". De vida plena e madura na década de 70 com a política de privatização, entra em agonia com a crise dos anos 80 (apesar da tentativa terapêutica do Conasp) e em morte clínica com o Suds (1). A extinção das Superintendências Regionais, a transferência da Direção Geral do Rio de Janeiro para Brasília, assim como da rede de ambulatórios e hospitais, a colocação sob o mesmo comando administrativo do estado de cerca de 120.000 funcionários e o controle por parte dos governos estaduais dos recursos transferidos pela

O PAPEL DO SUDS

Previdência Social; dão a dimensão exata do peso e da complexidade desse processo.

A unificação do comando político e administrativo nas mãos das Secretarias de Saúde, coloca uma série de questões técnico-administrativas e de redefinição dos **locus** de poder. Na realidade trata-se de, a partir dos escombros das superintendências regionais e da frágil estrutura das secretarias de estado, construir uma nova base institucional do processo reformista em curso. Portanto, é importante que esse processo não se limite a uma mera superposição de estruturas já ultrapassadas. Ao invés do somatório entre o curativismo hospital cêntrico e o sanitarismo tradicional — o que de outra forma seria nada mais do que a cristalização dos **status-quo** nas mãos dos estados — deve-se buscar um novo modelo institucional, que permita repensar as formas de organização dos cuidados à saúde, as práticas assistenciais, o que aliás daria ao Suds nova face, original, e nos permitiria afirmar a superação de uma mera Reforma Administrativa. Entendo que a curto prazo é fundamental dar um novo status às áreas da vigilância sanitária, laboratório de saúde pública, produção de medicamentos e insumos, fortalecer os conteúdos de controle do meio-ambiente e saúde do trabalhador, estreitar a integração com os órgãos estaduais de controle ambiental. Repensar as áreas de planejamento, incorporando os conceitos de planejamento estratégico e abrindo as secretarias de saúde (SES) para uma relação mais próxima com a academia, seria desejável.

Por outro lado existe uma tendência que se afirma nos últimos anos, de recuperação e crescimento do setor público, mas que se concentra no atendimento ambulatorial e nos atos de baixa complexidade. De uma perspectiva de construção de um setor público forte e moderno, parece-me que as SES deveriam tratar de modo diferenciado a questão tecnológica, assim como a política de investimentos. Penetrar em áreas tradicionalmente reservadas à iniciativa privada (como por exemplo tecnologia de ponta em especialidades médicas), mas também incorporando tecnologia nas áreas de sangue e hemoderivados, vigilância sanitária, medicamentos e insumos, entre outros, parece-me crucial.



"A principal marca do Suds é que este ganha vida e força, na medida direta so processo de extinção do Inamps."
José Gomes Temporão

É preciso estarmos atentos para que o peso e a complexidade colocados no processo de unificação não nos levem a perder essa perspectiva de busca do novo, e a nos consumirmos na reforma institucional em si, criando uma ilusão de mudança. O desafio é gigantesco! Há que se repensar as áreas de gerência, compras, finanças, orçamentação, administração de pessoal ... O espólio deixado pelos anos de autoritarismo é fardo pesado, construído peça por peça para dificultar o funcionamento da máquina pública.

Esta nova realidade (de unificação do comando a nível estadual) dada pela incorporação pelas SES das atribuições originais das superintendências regionais (SR) do Inamps coloca a necessidade de também repensarmos em profundidade as competências de estados e municípios. É crucial que o movimento descentralizador avance no sentido estados/municípios, como mecanismo importante, inclusive, de garantir sua consolidação. Entretanto, em alguns estados evidenciam-se propostas de "municipalização" que na realidade limitam-se à transferência para a administração municipal de unidades sanitárias estaduais sucateadas e obsoletas, mantendo a centralização do processo político nas mãos do estado.

Por fim, esta nova realidade setorial terá grandes repercussões em relação à construção do Suds. Com a sua consagração no texto constitucional, a unificação do comando a nível federal — ou seja no **novo** Ministério da Saúde (MS) — será realizada numa situação de extrema fragilidade do atual Ministério da Saúde e de acelerada desagregação do Inamps (2), o que certamente dará a esse processo uma certa especificidade e possibilitará que da fusão surja efetivamente uma **nova** estrutura. Claro que sem o Suds a situação seria bem diversa. A transferência do Inamps intacto para um MS anacrônico e frágil, daria um outro rumo ao processo de mudanças no setor saúde, com certeza menos favorável.

Controle social e consciência política

Deve ser uma das prioridades dos dirigentes dos Suds a imediata formalização dos instrumentos e mecanismos que permitam aumentar o grau de interferência e de controle da sociedade sobre o setor saúde. Aqui o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ganha em consistência. Insistir em instrumentos e estratégias que ampliem o nível de informação, de educação e em processos político-pedagógicos é investir na garantia de que estaremos superando os limites das reformas institucionais. Até porque com o Suds, o clientelismo e o fisiologismo estarão recolocados em novas bases, em princípio, mais favoráveis à possibilidade de controle pela população. Neste sentido considero fundamental que as secretarias estaduais definam uma estratégia de publicidade, de "venda" do Suds, de afirmação de uma idéia, que transcenda os ridículos limites ocupados tradicionalmente pelas estruturas de comunicação social do setor saúde. É preciso entender que esta é uma luta que se dá também a nível das idéias e da ocupação de espaços diante dos olhos e mentes da sociedade.

Neste processo o papel dos profissionais de saúde pode ser marcante. Ou não. Preocupa-me perceber uma certa tendência de monetarização do processo, evidenciada pelo slogan "Suds sem isonomia é farsa" estampado em alguns veículos do jornalismo médico progressista. Será necessário muita sensibilidade e competência às lideranças sindicais mais conseqüentes, para conjugar a luta por melhores salários com o processo de unificação a nível estadual, sem cair no corporativismo estreito.

Outra questão fundamental diz respeito à necessidade de investir no processo de formação técnico-política dos quadros estaduais. Hoje o Suds coloca frente a frente duas burocracias com trajetórias e projetos diferenciados, culturas institucionais heterogêneas, e que em diversos momentos medem forças e entram em conflito, criando obstáculos e ruídos no processo e dificultando uma maior velocidade na trajetória de unificação. Por outro lado,

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Sérgio Arouca

A Proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.

Durante os anos mais recentes, em diferentes ocasiões discutiu-se o programa em execução colocando-o em confronto com a Proposta da Reforma Sanitária. Assim as Ações Integradas de Saúde eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma mas a sua defesa não deveria representar nenhum empecilho para o seu início (da Reforma).

Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) são considerados como um passo fundamental para a Reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde. Ambas, porem, não devem ser confundidos com a própria Reforma.

Fica, assim, uma pergunta: o que é a Proposta da Reforma Sanitária Brasileira? Esta resposta deve ser motivo de debates mais sistematizados, principalmente neste momento em que temos aprovada a Constituição, com um texto extremamente progressista na área de saúde, e quando começamos a enfrentar os debates tanto sobre uma nova legislação sanitária federal quanto sobre as Constituintes Estaduais.

A Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária.

Compõe uma situação sanitária pelo menos quatro dimensões:

1ª) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como coeficiente de mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.

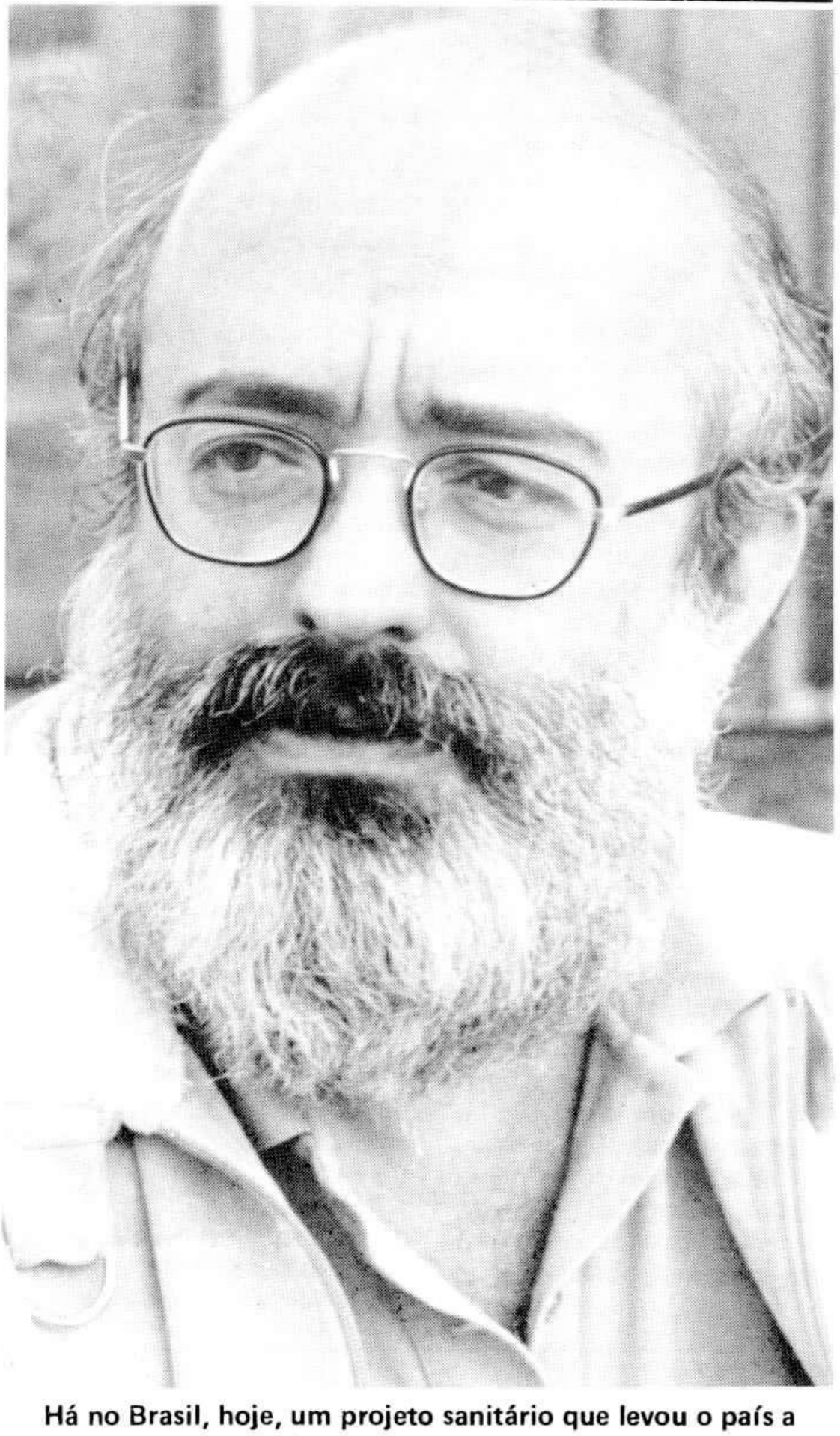
2ª) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde.

3ª) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.

4ª) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença.

Portanto, em um dado momento histórico, em uma formação social, a sua situação sanitária representa a dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, determinada por um conjunto de relações com outros setores sociais (econômicos, políticos, ideológicos), cujas necessidades são enfrentadas por um campo agregado de instituições, que tem disponível um certo saber e uma dada tecnologia.

Ao assumir uma situação sanitária em toda sua dimensão complexa, fica claro que os problemas que enfrentamos são resultados de situações anteriores como por exemplo, seqüelas de poliomielite devido aos baixos índices de cobertura vacinal; da mesma forma uma certa ordem institucional é decorrente de políticas sociais acumuladas, como por exemplo o intenso processo de mercantilização da saúde acontecido no Brasil, fruto de uma intensa política de privatização.



Há no Brasil, hoje, um projeto sanitário que levou o país a este desastre que conhecemos.

Uma situação sanitária exprime também o resultado do desenvolvimento de contradições fundamentais na sociedade como a questão Homem/Natureza (a intensa destruição ecológica que acontece hoje no Brasil terá efeitos desastrosos sobre

sileiro, no sentido de aprofundar as bases do novo projeto.

2ª Questão – O Controle Social

Sendo o campo da saúde um espaço privilegiado de lutas políticas-ideológicas, o crescimento de uma consciência sanitária digna impregnada nas instituições é fundamental para a implantação da Reforma Sanitária.

Assim, o papel da sociedade organizada em partidos políticos, sindicatos, associações de moradores, entidades profissionais, ou seja, no campo dos cidadãos, seja como trabalhador, morador, consumidor ou político, passa a ser o campo de forças fundamental nesta luta, sendo necessário incorporar a função da saúde como projeto de luta específica.

Em muitas discussões a solução dos problemas de saúde passa por uma definição do seu caráter público. No entanto, sendo "direito do cidadão e dever do Estado", ao caráter público deve ser acrescido o de ser passível de controle pelo povo organizado em suas diferentes dimensões.

A equação desta situação parece ser a de que os serviços são públicos e geridos democraticamente e controlado socialmente pela população organizada.

O que se necessita são partidos com projetos claros e definidos para o setor, políticas comprometidas com o projeto e com a participação, vigilância e luta permanente das associações representativas da sociedade civil pelos seus interesses.

3ª Questão – A Produção

Outro aspecto é a questão industrial em relação à Reforma Sanitária. Tanto relativa à saúde dos que ali trabalham, o ambiente de trabalho ou à poluição causada pela empresa, quanto aos produtos que o setor industrial lança no mercado pra consumo humano. Esse é um campo privilegiado e contraditório de luta da Reforma Sanitária. Talvez um dos campos mais difíceis porque enfrenta diariamente as questões de acumulação do capital e as contradições entre capital e trabalho.

O novo texto da Constituinte abriu as portas das fábricas às ações de saúde; agora não somente a engenharia de segurança mas também os programas de saúde podem atingir a produção.

4ª Questão – A Modernidade

Modernidade aqui não é utilizada como uma simples modernização reflexa baseada em modelos de desenvolvimento de países mais avançados, nem uma pura e simples introdução de algum novo artefato tecnológico.

A questão da modernidade dentro da proposta de Reforma Sanitária, como proposta de mudança, enfrenta problemas estruturais como o fisiologismo político usando os serviços de saúde como base de clientelismo, como decorrência da incompetência o pacto perverso do baixo salário / não trabalho, o baixo nível de investimento no setor que se traduz em instalações não adequadas, bibliotecas não atualizadas, incorporação tecnológica do mais baixo nível e setores de epidemiologia que não ingressaram ainda na era das máquinas de calcular.

Esta situação expressa por um setor de baixa remuneração, baixo nível de investimento, pouca exigência de eficiência e algumas ilhas de competência, confere ao setor saúde um traço cultural do atraso.

A questão da modernidade refere-se, dentro da proposta de Reforma Sanitária, a uma utilização conseqüente com a tecnologia disponível e o quadro sanitário nacional.

Estímulos de modernização podem ser ingresso por concurso público, Plano de Cargos e Salários com promoção por competência, programas de capacitação permanente, políticas coerentes de incorporação tecnológica, informatização e introdução de mecanismos de avaliação e pesquisa operacional, articulação permanente de serviços-pesquisa e, finalmente, uma política permanente de manutenção de equipamentos, de modernização e de desenvolvimento de tecnologias.

A Reforma Sanitária deve ter como meta desenvolver uma inteligência e competência nacionais no setor saúde, baseada nas nossas necessidades mas profundamente articulada com o melhor que esteja sendo desenvolvido mundialmente.

5ª – Questão – Ciência e Tecnologia

Outro aspecto fundamental no campo da Reforma Sanitária é referente à questão da ciência e tecnologia. A ciência enquanto uma produção do saber, que tem a ver com a solução de problemas de uma sociedade e da própria humanidade, tem de ser entendida em toda a sua dimensão: desde a necessidade de uma pesquisa básica, fundamental, onde as questões das leis da biologia, do desenvolvimento humano, das relações sociais, são estabelecidos sem nenhuma forma de controle, até o comportamento de uma consciência social nessa pesquisa, que enfrenta as necessidades não resolvidas da população. E como este conhecimento se transforma em tecnologia para que seja oferecida aos instrumentos concretos de transformação da sociedade? Como ter uma ciência autônoma, independente, ligada aos problemas nacionais e, ao mesmo tempo, fundamentada na tecnologia mais avançada e que produza o desenvolvimento dessa mesma nação?

Como decorrência da própria questão do desenvolvimento científico e tecnológico, tem que ser repensada a questão da universidade. Repensar como ganhar uma potência de investigação, recuperar a pesquisa básica, se integrar às questões nacionais, ganhar autonomia, sair da fase do depauperismo financeiro, relacionar-se com outras entidades da sociedade científica e, simultaneamente, rever o conjunto das suas ações, que foram planejadamente desintegradas da questão nacional.

A necessidade de reformar currículos, colocando-os em contato com o novo sistema, a difusão de novos perfis profissionais, a atualização dos programas de integração docente-assistencial, como forma de integrar universidade e serviços, são componentes desta Reforma Universitária no campo da Reforma Sanitária.

Várias outras questões da maior importância surgem para completar o campo de uma verdadeira Reforma Sanitária, como a transformação das relações sociais no interior do sistema de saúde, política de insumos básicos, desenvolvimento tecnológico, de incorporação de questões de saneamento e controle do meio ambiente, o desenvolvimento de uma fiscalização sanitária moderna e democrática, o campo da legislação sanitária, a comunicação social como área de incremento da consciência sanitária, novas formas de gestão dos homens e das coisas, programas integrados sobre determinantes de risco, o desenvolvimento de um Sistema de informação compatível com a nova estrutura, etc.

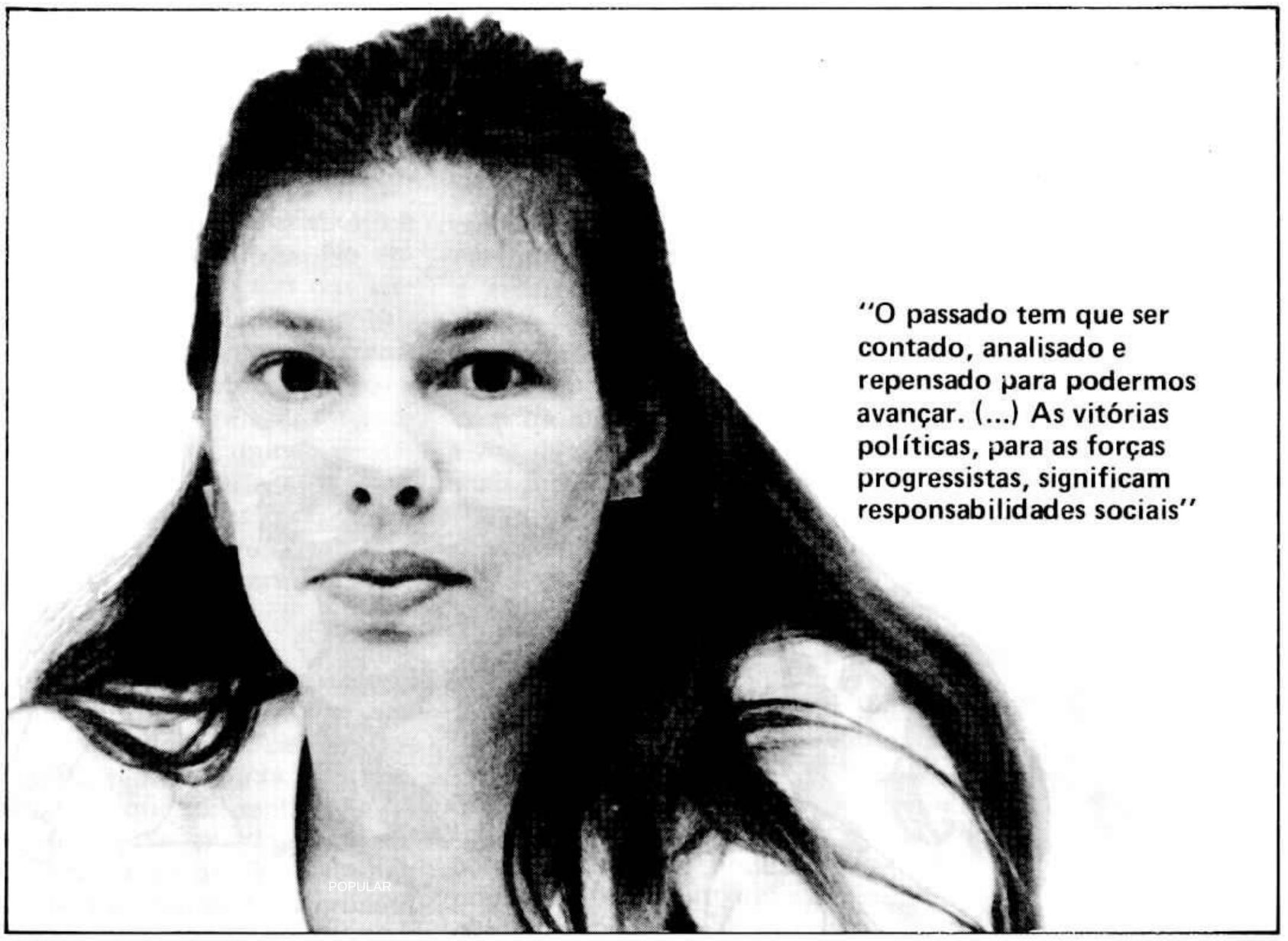
Finalmente, devemos considerar que se saúde equivale a condições de vida e, portanto, tem a ver com moradia, condições de trabalho, salário, dignidade, cidadania, direito ao lazer, à propriedade da terra, direito ao meio ambiente não agressivo, à água, ao ar, à liberdade de expressão, temos que considerar que a Reforma Sanitária é parte do conjunto de uma mudança social. Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se afirmar como uma nação de cidadãos, participando de uma elevação permanente da qualidade de vida e garantindo, para a humanidade, um exercício de respeito, de autonomia e desenvolvimento de cada nação, com paz.

Esta é a Reforma Sanitária que nós pretendemos, específica no campo da saúde, humana e universal no campo da transformação social.

Sérgio Arouca é médico sanitarista e Presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

REVIRADA NA SAÚDE

SARAH ESCOREL



"O passado tem que ser contado, analisado e repensado para podermos avançar. (...) As vitórias políticas, para as forças progressistas, significam responsabilidades sociais"

Chamamos de movimento sanitário a um conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados ao redor de um projeto. Esse conjunto organizado vem evoluindo do que foi a sua origem intelectuais nas Universidades no período mais negro do autoritarismo — até os dias de hoje, quando o movimento sanitário se "corporifica" na Plenária de Entidades pela Saúde na Constituinte. O que foi aprovado no segundo e definitivo turno da Constituinte como o capítulo da Seguridade Social da nova Constituição é o coroamento de uma luta do movimento sanitário. E se é certo que a luta mal se inicia, o importante é que ela se reinicia a partir do pressuposto de que **Saúde é um direito de todos e um dever do Estado.**

O que aparece hoje nas propagandas governamentais e a muitos pode parecer "óbvio" faz parte do que consideramos uma **reviravolta na saúde** (1) na medida em que transformou em "lugar comum" um direito fundamental do ser humano enquanto um princípio norteador da ação governamental, o que durante muitos anos foi considerado subversivo e impossível, sonho de poetas e comunistas.

Estudar e refletir sobre o movimento sanitário significa conhecer a evolução histórica das três práticas que o caracterizam: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais). (2)

Se toda história tem um início, o movimento sanitário enquanto tal teria seu "começo" visível com a criação do Cebes — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em novembro de 1976. No entanto, quando o Cebes surge em São Paulo, a partir de uma articulação de intelectuais universitários de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, já significa dar concretude organizacional a um conjunto de idéias que vinham sendo trabalhadas teoricamente durante a primeira parte da década de 70. Esse conjunto de idéias, como bem sintetiza Sônia Fleury, está expresso na adoção do conceito de **saúde coletiva** que é uma área de conhecimento delimitada pela especificidade do seu objeto — o coletivo, e pela metodologia adotada na produção de conhecimentos acerca do mesmo objeto — o método histórico estrutural.

O movimento sanitário, então, tem suas origens nos Departamentos de Medicina Preventiva e outros departamentos universitários onde, num processo de crítica ao discurso preventivista, foi construída uma nova abordagem da problemática de saúde, o pensamento médico-social. Essa abordagem passou a ser um ponto de aglutinação, um código de identidade, um discurso que permitia o reconhecimento de um projeto comum.

Quando o Cebes é criado, passa a existir uma entidade da sociedade civil que se encarrega de divulgar esse pensamento e as propostas elaboradas, assim como passa a ser um elemento aglutinador desse conjunto de pessoas e grupos com abordagem similar, crítica e materialista, sobre os problemas de saúde.

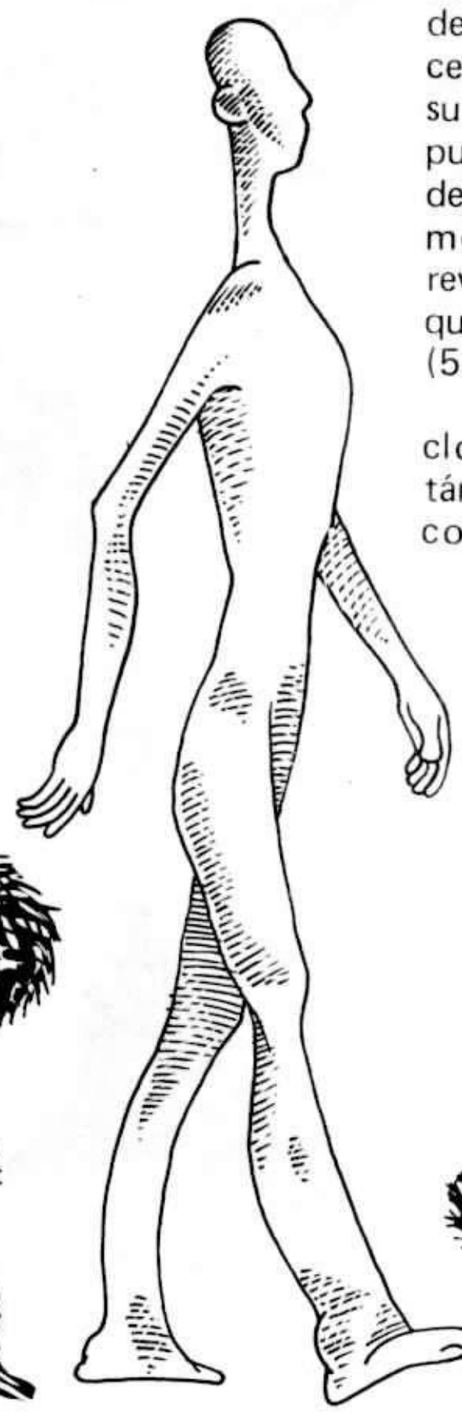
Esse primeiro período de desenvolvimento do movimento sanitário (1976-1979) foi caracterizado pela criação do Cebes, pelas lutas sindicais das entidades médicas, por uma ampla e intensa produção intelectual nos meios acadêmicos, o que consolidou o campo da saúde coletiva no âmbito da saúde pública e pelas primeiras experiências concretas alternativas ao modelo dominante de organização do sistema de saúde.

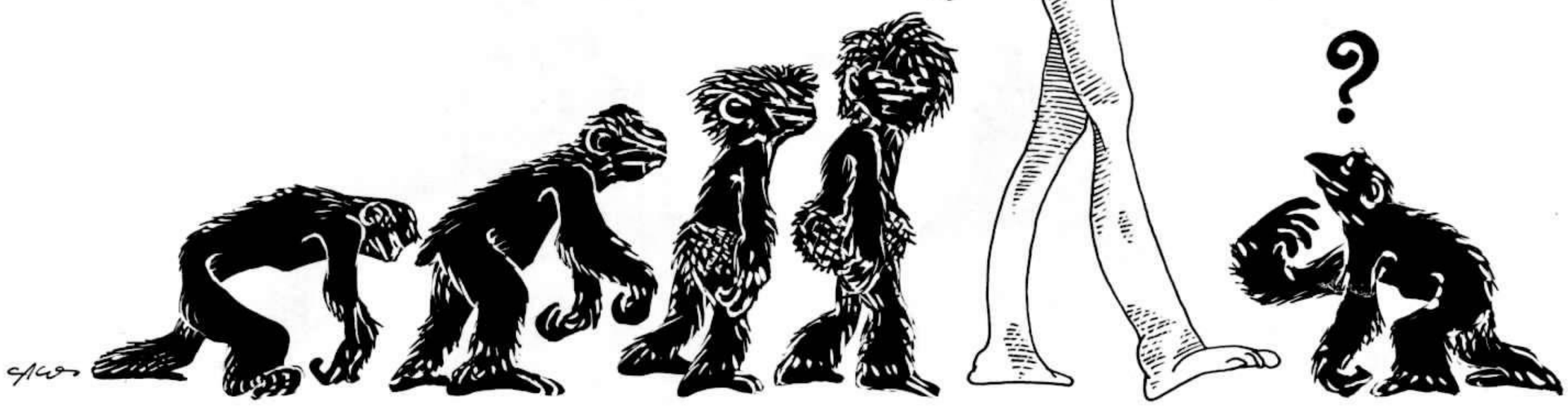
Ao fim desse primeiro momento, o movimento já havia crescido. Os intelectuais, professores e pesquisadores passaram, através do Cebes a relacionar-se com outros movimentos: além do movimento estudantil que é do próprio âmbito universitário, também com os movimentos corporativos, com os demais movimentos sindicais, com o movimento popular e num momento seguinte, como segmentos da burocracia governamental setorial.

Em 1979 inicia-se uma segunda fase para o movimento sanitário cujo marco foi a realização do I Simpósio sobre

MOVIMENTO SANITÁRIO

Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. As eleições de 1978 levaram para Brasília um conjunto de Deputados (vinculados ou simpatizantes) da corrente dos "autênticos" do MDB com atuação na área de saúde. Esse grupo de legisladores auxiliado pelo núcleo do Cebes do Distrito Federal (por sua vez fortalecido pelo deslocamento para Brasília de uma série de quadros técnicos atraídos para trabalhar no Piass, PPREPS e nos Ministérios) "tomou" a Comissão de Saúde e promoveu o I Simpósio. Nessa reunião, a que compareceram as diferentes forças





com interesses no setor, o movimento sanitário tornou-se visível para os demais atores. O documento apresentado pelo Cebes – "A Questão Democrática na Área de Saúde" – foi incorporado como documento oficial do Simpósio por unanimidade.

A realização do Simpósio marcou uma nova fase para o Cebes que a partir daí passou a estar mais vinculado com a política de saúde e a ocupar de forma relativamente permanente o espaço parlamentar. Mas o Simpósio marcou o início de uma nova fase para o **movimento sanitário como um todo.** A sua realização evidenciou que o movimento existia, estava articulado, tinha um projeto definido e que ocupava cada vez mais espaço da arena setorial na defesa de seu projeto.

Entre 1979 e 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país, e configurando sua especificidade, procurando cada vez mais "detalhar" o projeto e identificá-lo com maneiras concretas de atuar e agir sobre o panorama de saúde da população brasileira. Foi a época do "sonho tecnocrático" do Prev-saúde, por sua vez confluência de um conjunto de experiências institucionais do período anterior. É criada a Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, entidade científica representativa da "academia" e que no período recente assumiu uma atuação mais política no cenário setorial.

A partir de 1983 o movimento sanitário consegue por em prática uma de suas estratégias – a "ocupação dos espaços institucionais", na perspectiva de tentar modificar o direcionamento da política pública. Passa a fazer das instituições de saúde um **locus** de construção da contra-hegemonia. Ao privilegiar um **locus** "descuidou" de outros (a ampliação e aprofundamento da aliança com as classes-populares, subalternas, trabalhadoras – às quais o projeto dirige suas propostas e ações).

Entre 1983 e 1985 o movimento sanitário esteve estreitamente vinculado com a operacionalidade do sistema de saúde e a tentativa de reverter a tendência hegemônica de privatização da assistência à saúde. É representativo desse período o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde conduzidas por elementos do movimento sanitário, uma proposta que articulou e ampliou o leque de alianças com os demais movimentos e forças sociais. (3)

Começa com a participação do movimento sanitário nas Ações Integradas de Saúde um processo de "institucionalização" (4) dos projetos e propostas que até então tinham sua força maior concentrada na sociedade civil. São os dois gumes da faca: ao mesmo tempo que é estratégico penetrar os espaços para tentar implementar idéias e alterar os rumos da política, o movimento ao se "institucionalizar" sofre os limites da ação de alianças que a instituição impõe. O processo passa a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e aos poucos, concentrado nesse espaço de luta (o político-legal ou jurídico-institucional) o movimento sanitário tende a perder de vista não apenas a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares como também perde de vista o que Berlinguer chamou do "verdadeiro caráter revolucionário da reforma que é a saúde das pessoas". (5)

Em 1985, com o fim do ciclo militar o movimento sanitário consegue com propostas coerentes e estruturadas, fazê-las prevalecer em diversos âmbitos de definição das políticas para o período de transição e até indicar e garantir a nomeação de seus representantes para postos-chave da administração pública setorial. Conseguir operar as máquinas burocráticas na direção contrária a que vinham funcionando, sem contar com quadros identificados com o projeto em todos os postos estratégicos do sistema, exigiu um esforço enorme das pessoas envolvidas. Esse consumo intelectual com as inéditas experiências administrativas imprimiu uma das características do movimento sanitário neste período mais recente: o de restringir-se cada vez mais a buscar consenso em torno de um projeto limitado à ordem jurídico-institucional, às diversas formas administrativas de organização do sistema.

Mas é inegável também que esse conjunto de ações

conseguiu, ao longo desses três anos de crise permanente e progressiva, manter a visibilidade e a politização da questão saúde. Se a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho de Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas, o desenvolvimento da proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que começa com a Comissão Nacional da Reforma Sanitária e que ainda não sabemos onde vai dar, foi mais um passo concreto na mudança do direcionamento da política de saúde, mesmo que esteja restrita a uma reforma administrativa e que a seta ainda esteja longe de apontar o verdadeiro alvo.

A participação de representantes do movimento sanitário no governo durante os primeiros três anos da "Nova República" faz parte definitivamente da "estratégia do possível" (6) que tem na ação permanente, na exploração do **máximo** possível, a perspectiva de não vir a perder a luta por não comparecer no campo em que ela se trava.

Além da atuação intitucional neste período mais recente do seu processo histórico de atuação, o movimento sanitário viveu um dos seus momentos mais combativos na luta da Constituinte. Nesse espaço, de alguma forma o movimento se encontra com o seu objeto "ausente" — as classes populares, através da participação na Plenária de Entidades pela Saúde. Num processo que se cruza com o movimento institucional foi construída e negociada uma proposta de texto constitucional que cristalizava a luta de todos esses anos. E ter conseguido escrever na Constituição a saúde enquanto direito universal, integral, descentralizado, acessível e democrático, constituído por um conjunto de práticas que extrapolam o setor institucional da saúde, revela a existência de uma ampla frente de forças políticas, articuladas em torno de um projeto comum (que lhe confere identidade), suprapartidária, organizada ao redor das práticas: teóricas, ideológicas e políticas. Essa ampla frente de forças políticas é o movimento sanitário **hoje,** o mesmo que construirá seu próprio desenvolvimento futuro.

"Ao se afirmar a unidade dialética entre o saber, a ideologia e a prática política que fundamentam a trajetória e o projeto do novo sanitarismo, não se pretende ocultar as contradições que floresceram ao longo desse percurso ..." (7). Contradições existiram e continuam existindo. No entanto, até hoje, um dos elementos que mais força política deu ao movimento transformador do setor saúde foi a capacidade de refazer internamente o pacto, unindo pensamentos com matizes ideológicos diferenciados porém com um projeto comum que está conseguindo construir em comum.

É certo que temos toda uma história para contar do processo de lutas pela democratização da saúde. O passado tem que ser contado, analisado e repensado para podermos avançar. O que temos pela frente **ainda** é um processo de lutas. As vitórias políticas, para as forças progressistas, significam responsabilidades sociais. Existem, portanto, desafios colocados a cada passo da "unidade dialética saber — ideologia — prática" que caracteriza o movimento sanitário.

Na prática teórica está colocado o desafio de construir uma teoria da reforma sanitária brasileira como vem fazendo Sônia Fleury, Jaime Oliveira, Jairnilson Paim, Cristina Possas, entre outros. Nesse campo da construção do saber é fundamental manter a capacidade crítica, não tomar histórias individuais como sendo as do movimento, nem procurar justificativas para o "ônus" da inserção institucional incorrendo em análises "oficialistas". Mas tampouco deve-se cair como fez Gastão Campos (8) em simplificações com leituras parciais do processo que tentam encaixar a realidade em esquemas provincianos e superficiais de análise. Uma **boa** teoria da reforma sanitária brasileira deve ir desvendando os aspectos que orientam as práticas ideológicas e políticas do movimento, permitindo-lhe assim balizar seu projeto e seu direcionamento.

A prática ideológica do movimento sanitário tem como desafio reconhecer que toda vitória é um recomeço da luta e que ainda há um longo caminho a percorrer no aprofundamento da consciência sanitária, na manutenção da frente suprapartidária com a atuação na contra-hegemonia. A conquista de aliados para o projeto, a consolidação das alianças (em particular com os movimentos corporativos da área da saúde e demais movimentos de trabalhadores) são desafios para que o movimento sanitário se mantenha enquanto tal e para que consiga operacionalizar as suas conquistas.

A prática política do movimento sanitário tem como desafio tornar presente a "classe ausente". Isso é mais do que estabelecimento de alianças com movimentos sindicais e populares, é a construção **em conjunto** de um mesmo projeto, de um processo político de tornar realidade uma transformação setorial: a reforma sanitária. A construção desse projeto, tão bem definido por Berlinguer com a "longa marcha através das instituições e do processo de transformação da Sociedade e do Estado" (9) não tem receita. É construído coletivamente.

Sarah Escorel é médica sanitarista, Professora e Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) na Fundação Oswaldo Cruz.

Notas e referências bibliográficas

(1) Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, tese de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1987.

(2) Utilizo o referencial sistematizado por Sérgio Arouca em sua tese de doutoramento "O Dilema Preventivista" e retomado para a análise da reforma sanitária por Sônia Fleury Teixeira em "O Dilema Reformista da reforma sanitária brasileira", RAP 21 (4): 1, out. /dez., Rio de Janeiro, 1987.

(3) Sobre este aspecto registramos depoimentos tanto das AIS como instrumento para consolidar alianças com o legislativo (vereadores, deputados estaduais) e com o executivo (prefeitos, secretários e governadores) apontado em entrevista de Eugênio Villaça, como também para construir alianças com os movimentos populares analisado por Antônio Leite Alves no trabalho sobre o Mops — Movimento Popular de Saúde, parte da pesquisa coordenada por Sônia Fleury: "Estudos das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária brasileira", Ensp Fiocruz — SCT-MS, Rio de Janeiro.

(4) Utilizamos o referencial apontado por Edmundo Gallo em trabalho sobre o Cebes ("Da reforma ao reformismo: o Cebes e o movimento sanitário da ditadura à Nova República"), também parte da pesquisa acima citada, embora discordemos de boa parte de seu conteúdo e principalmente de suas conclusões.

(5) Observação feita pelo senador italiano Giovanni Berlinguer em sua participação no seminário "Análise Comparada das Reformas Sanitárias: Brasil e Itália" promovido pelo grupo de pesquisa acima mencionado, com o apoio do CNPq, na Ensp — Fiocruz em julho de 1987.

(6) Refiro-me ao termo utilizado por José Saraiva Felipe em "MPAS — o vilão da reforma sanitária", mencionado por Sônia Fleury no artigo citado na nota 2.

(7) Id. ibid. p. 200.

(8) Refiro-me ao debate registrado no artigo de Jaime de Oliveira "Por uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais" publicado em Saúde em Debate nº 20, criticado por Gastão Campos em artigo publicado no livro de Giovanni Berlinguer "Reforma Sanitária: Itália e Brasil", por sua vez refutado por Sônia Fleury em artigo "A análise necessária da reforma sanitária" a ser publicado na próxima *Saúde em debate* (nº 22). Sem sombra de dúvidas fazem parte dessa discussão as reflexões de Jairnilson Paim registradas na primeira parte do artigo "A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia", publicado em *Saúde em Debate* nº 21.

(9) Frase de Giovanni Berlinguer em entrevista ao jornal *Proposta* — Jornal da Reforma Sanitária quando de sua vinda ao Brasil para participar do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela Abrasco em setembro de 1986, publicado em *Proposta* 1(1), mar. 1987.

Sociedade organizada teve papel determinante

Se houve alguém nesta Assembléia Constituinte cobrado, criticado, incentivado, pressionado, apoiado, amado ou odiado, foi o senador pelo PMDB do Pará Almir Gabriel. Relator da Comissão da Ordem Social, principal negociador do PMDB nas fases subseqüentes, não houve uma vírgula sequer, no texto da saúde e da seguridade, que não tenha passado pelo seu crivo. E na mesa de negociação, das tantas que se realizaram, não houve ninguém mais presente — ora firme, ora "mineiro" — na briga pelo texto finalmente aprovado em agosto último.

— Em primeiro lugar, gostaria de comparar a atual Constituição às anteriores quando não se fazia qualquer referência detalhada à saúde. A última Constituição, outorgada, trazia a palavra saúde apenas uma vez, ainda assim quando tratava da previdência. Inquestionavelmente, o peso da saúde se sobrepõe às anteriores.

"Em segundo lugar, prosseguiu ele, fazendo uma análise de direito comparado, o novo texto constitucional, se comparado ao de países mais desenvolvidos, explicita melhor como a sociedade deve se comportar em relação à saúde. No entanto, se comparada ao texto de países menos desenvolvidos, a nossa é menos explícita".

"Em terceiro lugar, continuou, é necessário verificar em que condições o texto foi produzido. A maioria dos constituintes não tinha informações sobre a saúde. Naturalmente, entendiam mais de organização política, do Estado, mas a visão setorial era menor e, por isso, teriam menos condições de cobrar coerência e em quarto lugar, as posições políticas da maioria dos constituintes eram conservadores".

Para Almir Gabriel, "quer no conjunto da história, quer na análise do momento, foi um trabalho com grandes adversidades e dificuldades no caminhar. Apesar disso, o que foi consagrado superou em muito o que tínhamos o direito de ter como expectativa.

O senador acha que "o mais original em relação a tudo que se tinha antes, quer no Brasil ou no mundo, foi a inclusão da saúde dentro da seguridade social".

Prosseguindo, ele disse que "quanto ao conteúdo, cabem também duas análises. Na primeira, deve-se notar que alguns assuntos foram tratados dentro do setor saúde. Mas como havia outros não específicos ou que tinham relação com outras áreas mais amplas, acabaram deslocados da seção saúde para outras. Como, por exemplo, o caso da propaganda sobre tabaco ou bebidas, que ficou na parte de comunicação, ou sobre o controle de natalidade, que ficou na parte referente à família".

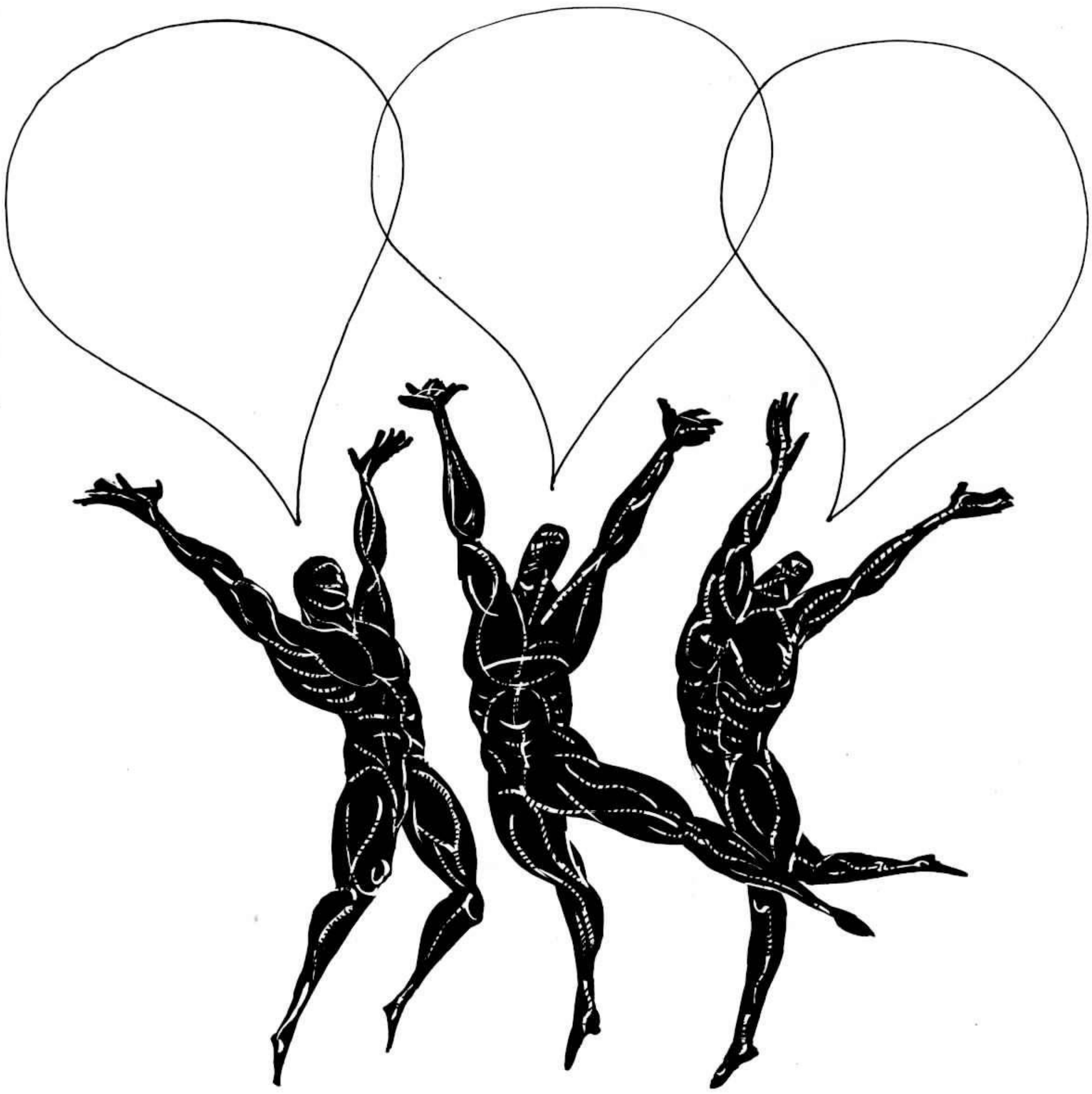
Numa segunda análise, desta vez sobre o tema específico, ele disse "que foi possível conservar todo o espírito que conformou a primeira fase, menos num ponto de muita importância. E de certa forma, tem a ver com a questão econômica intrínseca. Acabou sofrendo o impacto da postura geral da Constituinte em relação à atividade pública e a privada. Em outras palavras, a questão econômica implicou na perda da concepção inicial do Sistema Único de Saúde genérico, para um Sistema Único de Saúde público. Embora eu considere uma perda, eu também considero que, diante das condições reais do Basil, em que 70% dos recursos aplicados em saúde provêm do setor público — ou por contribuição, ou por impostos — que, neste sentido, dependendo do grau de organicidade e eficiência do setor público para gerenciar o Sistema Único de Saúde público, resultará numa maior ou menor aproximação prática real daquilo que foi concebido para aquilo que será executado".

Segundo avaliação do senador, "se 70% administrarem bem, pela abrangência e distribuição especial dos serviços, poderá se diminuir a presença do setor privado, até porque mais de 90% do setor privado prestador de assistência médica ficará submetido às normas e medidas do Sistema Único de Saúde público. Como não receberão auxílios, subvenções e incentivos, a tendência será então de desestímulo à atividade privada de assistência à saúde".

Para Almir Gabriel, "foi garantido também ao Sistema Único público, o controle e a fiscalização de produtos, insumos e procedimentos ligados ao setor. Da mesma maneira que a influência sobre a formação de recursos humanos e o estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico e até uma abrangência maior nos controles estatais sobre os danos ao meio ambiente, alimentos, bebidas, tóxicos ou outros elementos que promovam prejuízo para a saúde, quer ambiental, coletiva ou individual".

Almir Gabriel acha que "o mais original em relação a tudo que se tinha antes, quer no Brasil, quer no mundo, foi a inclusão da saúde dentro da seguridade social. Embora alguns preferissem tratar da saúde como um setor separado, no meu entender, a colocação da saúde dentro da seguridade coloca o setor de maneira mais organicamente ligada a uma concepção real de justiça social, isto é, retira um pouco a saúde como direito idealisticamente concebido para uma contextualização da saúde na vida real dos indivíduos e na vida real da coletividade. Além disso, tenho a impressão de que isso deverá resultar numa melhor integração do setor saúde a uma visão mais global da sociedade".

Fora do texto, ele analisou ainda alguns pontos: — Entendo e afirmo com alguma segurança que as comunidades conseguiram passar para os constituintes, atuando sobre grupos ou individualmente, a mais ampla concepção de todo um processo antes debatido em conferências e reuniões. É provável que o que escrevemos no setor saúde reflita, em grande parte, as aspirações, os desejos, as necessidades e as preocupações da própria sociedade e dos profissionais ligados à área. É bonito que as discussões de trinta anos, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, estejam hoje no texto constitucional. Um texto que foi elaborado não só pelos constituintes, mas que em grande parte foi escrito fora das salas do Congresso. Foi escrito nas discussões em hospitais, associações de bairros, universidades e expressa, sem dúvida, uma visão muito mais da sociedade que está preocupada com esta probabilidade de conceber algo como resultado possível do trabalho constituinte. Fico muito feliz por isso. Feliz e agradecido pela ajuda e colaboração dada por todos os companheiros não constituintes".



no sistema, conforme o novo texto, precisa ser melhor explicitada:

— O Artigo 203 garante esta participação mas não explica de que forma esta se viabilizará. Esperamos que a Lei do Sistema Único venha assegurar a formação de Conselhos de Saúde, com poder deliberativo, pois sua mera existência não garante um sistema avançado e participativo.

A luta no campo

Vítimas de total desassistência à saúde, os trabalhadores rurais também são parte integrante da luta pela efetiva Reforma Sanitária. André Montalvão, secretário geral da Contag (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura) representou este numeroso segmento na 8ª Conferência e na CNRS e também acha que o processo de reforma se aprofunda e exige uma participação cada vez maior:

— Sem dúvida, o sistema único vai melhorar as condições de saúde dos trabalhadores do campo, que já melhorou bastante onde o Suds foi implantado, embora ainda exista uma carência muito grande em algumas regiões, como Mato Grosso do Sul, Pará, Bahia e Piauí. Os companheiros destas regiões ainda procuram atendimento em outros estados, como Brasília, e para isso têm que viajar dois ou três dias. Entendemos que as vitórias que obtivemos na Constituição significam um passo importantíssimo nesse processo de transformações, mas temos consciência de que é preciso mobilização para cobrar as mudanças, barrar o coronelismo e os desvios de verbas promovidos pelos comandos políticos — acentua o sindicalista.

Posição de consenso

A exigência de pressão da sociedade para fazer avançar ainda mais o processo de Reforma Sanitária é ponto consensual do movimento sindical, independentemente das divergência na análise de conteúdo dos avanços conquistados até agora. Responsável pela Secretaria de Saúde e Previdência da Central Única dos Trabalhadores no Rio Grande do Sul (CUT/RS), Maria Luiza Jaeger (que representou a entidade na 8ª Conferência e na CNRS) também considera fundamental a participação organizada do movimento popular e sindical para garantir a aplicação dos "pontos positivos" da nova Constituição, uma vez que em seu conjunto "o novo texto é conservador".

— O avanço fundamental foi a 8ª CNS O Suds foi o meio do caminho e a Constituição só não foi pior graças à participação popular. Avançamos com a ampliação do conceito de saúde, que deixou de ser relativo apenas à assistência médica; com a garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado; criação do sistema único, com uma só direção a nível de governo; descentralização administrativa; definição da saúde ocupacional como atribuição do sistema de saúde; garantia de participação da comunidade no sistema e na proibição de comercialização do sangue, entre outros aspectos, como o capítulo do meio ambiente. Mas perdemos para a iniciativa privada, pois defendíamos sua participação como suplementar (fora do sistema) e saiu como complementar (parte do sistema). Também perdemos na área de produção de medicamentos, matérias-primas e equipamentos, pois queríamos que estas questões fossem responsabilidade do Governo e, pelo texto, fica assegurada apenas sua participação. Ou seja, a estrutura atual nesta área não é alterada — acentua Maria Luiza.

Apesar de ressaltar estes aspectos e "o caráter conservador do texto", a dirigente da CUT também acha que é fundamental a mobilização dos setores sindical e popular para garantir os **avanços relativos** já contemplados e ampliá-los na fase das leis complementares. Ela propõe uma luta unificada para cobrar de imediato o repasse de 30% dos recursos da seguridade social para a saúde, conforme garante o Artigo 62 das Disposições Transitórias, até a aprovação da Lei de Organização da Seguridade Social, na qual se inclui a saúde e a questão do seu financiamento.